



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg  
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management  
Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

# **DIE PFLEGEVISITE ALS INSTRUMENT DES QUALITÄTSMANAGEMENTS**

**B a c h e l o r a r b e i t**

zur

**Erlangung des akademischen Grades**

**Bachelor of Science (B.Sc.)**

Vorgelegt von: Angie Peth

Erstprüfer: Prof. Dr. rer. biol. hum. Hans-Joachim Goetze

Zweitprüfer: Prof. Dr. rer. pol. Diplom-Kauffrau Ilisabe Sachs

Tag der Einreichung: 18.05.2010

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2010-0040-6

## Abstract

Concerning the background of increasing quality and customer requests in long-term geriatric care facilities internal quality measurements are becoming increasingly important. ‘Nursing visit’ is one of the instruments of quality assurance in geriatric facilities. The “Medizinischer Dienst der Krankenversicherung” (MDK) named the nursing visit to be a suitable instrument for regularly examination of nursing quality. Therefore the following bachelor thesis will present the nursing visit more thoroughly. The course of action is to illuminate the current dialectic primary literature and to transfer theory into practice.

The essential questions in the literature research in this bachelor thesis were:

- What is the current definition of the term ‘nursing visits’?
- What kind of possibilities and boundaries offer the nursing visits concerning the internal quality assurance in the setting of geriatric long-term care facilities?

The example described is based on the implementation of a nursing visit within the quality management in a nursing home in Mecklenburg-Western Pomerania. The aim is to identify possible adaptation or further development while using experiences with nursing visits in nursing homes in the scientific literature on the one hand. And on the other hand analyzing and comparing existing concepts of nursing visits in literature.

The results of the literature research showed that to this time there is no identical definition of the term ‘nursing visit’. Efficiency of the nursing visits as an instrument of quality management in long-term geriatric care facilities is discussed controversial. The outcome of the analysis of the concepts of nursing visits initiated a process of further development by the head of the nursing home.

## Abstrakt

Vor dem Hintergrund steigender Qualitäts- und Kundenanforderungen an stationäre Pflegeeinrichtungen werden interne Qualitätsmaßnahmen zunehmend unerlässlich. Zu diesen Maßnahmen der internen Qualitätssicherung zählt das Instrument „Pflegevisite“. Auf Grund der ausdrücklichen Benennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) als geeignetes Instrument zur regelmäßigen Überprüfung der Pflege durch Pflegekräfte soll die Pflegevisite in der vorliegenden Arbeit näher vorgestellt werden. Das Ziel ist dabei, den derzeitigen theoretischen Stand der Fachliteratur unter dialektischen Gesichtspunkten zu beleuchten und auf eine praktische Ebene zu projizieren.

Grundlegende Fragestellungen der Literaturrecherche sind hierbei:

- Was ist derzeit unter dem Begriff „Pflegevisite“ zu verstehen?
- Welche Möglichkeiten bietet und welche Grenzen weist die Pflegevisite im Rahmen der internen Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen auf?

Auf der Grundlage einer bereits implementierten Pflegevisite innerhalb des Qualitätsmanagements einer stationären Pflegeeinrichtung in Mecklenburg-Vorpommern wird untersucht, in welchen Aspekten eine Anpassung oder Weiterentwicklung erfolgen kann. Einerseits soll diesbezüglich das Erfahrungswissen, welches aus der Recherche der Anwendungserfahrungen in stationären Pflegeeinrichtungen innerhalb der Literatur zu eruieren ist, berücksichtigt werden. Andererseits werden das bestehende Konzept, der Standard und die notwendigen Dokumente einer Analyse unterzogen und mit dem aktuellen Stand der fachlichen Diskussion verglichen.

Die Ergebnisse der Analyse der Fachliteratur zeigten, dass es bis heute kein einheitliches Verständnis zu dem Begriff „Pflegevisite“ gibt. Auch ist die Wirksamkeit der Pflegevisite als Qualitätssicherungsinstrument in einer Pflegeeinrichtung umstritten. Als Ergebnis der Analyse des Konzeptes der Einrichtung wurde in Austausch mit dem Heim- und Pflegemanagement ein einrichtungsspezifischer Weiterentwicklungsprozess angestoßen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>III</b>
<b>TABELLENVERZEICHNIS</b>	<b>III</b>
<b>ANHANGSVERZEICHNIS</b>	<b>III</b>
<b>HINTERGRUND, ZIEL UND VORGEHENSWEISE DER ARBEIT</b>	<b>1</b>
<b>I. DIE PFLEGEVISITE ALS QUALITÄTSMANAGEMENTINSTRUMENT</b>	<b>2</b>
<b>1. QUALITÄTSMANAGEMENT</b>	<b>2</b>
1.1 INTERNE QUALITÄTSSICHERUNG	4
1.2 INSTRUMENTE DER INTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG	5
<b>2. DIE PFLEGEVISITE</b>	<b>5</b>
2.1 BEGRIFFSBESTIMMUNG UND DEFINITION	5
2.2 ZIELE DER PFLEGEVISITE	8
2.3 ALLGEMEINE VORAUSSETZUNGEN ZUR DURCHFÜHRUNG DER PFLEGEVISITE	9
2.4 EINRICHTUNGSSPEZIFISCHE VORAUSSETZUNGEN ZUR DURCHFÜHRUNG DER PFLEGEVISITE	11
2.5 FORMEN DER PFLEGEVISITE	13
2.5.1 PROZESS- UND PROBLEMBEZUGENE PFLEGEVISITEN	14
2.5.2 ANLASS, ZEITPUNKT UND INTERVALLE DER PFLEGEVISITEN	14
2.6 DIE DREI PHASEN DER PFLEGEVISITE	15
2.6.1 VORBEREITUNG	15
2.6.2 DURCHFÜHRUNG	17
2.6.3 NACHBEREITUNG	19
2.6.4 DOKUMENTE	20
2.7 BETEILIGTE PERSONEN UND DEREN ROLLEN IM PFLEGEVISITENGESPRÄCH	21
2.7.1 ROLLEN UND AUFGABEN DES PFLEGEPERSONALS	22
2.7.1.1 Pflegefachkräfte	22
2.7.1.2 Die Rolle der leitenden Pflegefachkraft	23
2.7.2 BEWOHNERAUSWAHL	24
2.7.3 ANGEHÖRIGE	24
2.7.4 WEITERE PERSONEN	25
<b>3. BEDEUTUNG DER PFLEGEVISITE ALS QM-INSTRUMENT</b>	<b>25</b>

**Inhaltsverzeichnis**

---

<b>II. DIE WEITERENTWICKLUNG DER PFLEGEVISITE IN EINER STATIONÄREN PFLEGE-EINRICHTUNG</b>	<b>30</b>
<b>1. KURZPORTRAIT DER EINRICHTUNG</b>	<b>30</b>
<b>2. ERHEBUNG DES IST-ZUSTANDES</b>	<b>32</b>
2.1 BISHERICES KONZEPT UND ANWENDUNG	32
2.2 BISHERIGE ERFAHRUNGEN AUS DER ANWENDUNG DER PFLEGEVISITE	34
2.3 VERWENDETE DOKUMENTE	35
2.4 SCHLUSSFOLGERUNGEN	35
<b>3. PLANUNG DES SOLL-ZUSTANDES</b>	<b>36</b>
<b>4. MAßNAHMEN ZUR ERREICHUNG DES SOLL-ZUSTANDES</b>	<b>39</b>
4.1 KONZEPTERSTELLUNG	39
4.2 STANDARDEINSTELLUNG	39
4.3 ANPASSUNG DER DOKUMENTE	40
4.4 MITARBEITERSCHULUNG	40
<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>42</b>
<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>43</b>
<b>ANHANG</b>	<b>48</b>

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Die Pflegevisite im Pflegeprozess_____	7
<b>Abbildung 2:</b> Der Pflegeprozess_____	9
<b>Abbildung 3:</b> Formen der Pflegevisite in der Wohnanlage Klütz_____	37

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Drei-Dimensionen-Modell: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität_____	4
<b>Tabelle 2:</b> Ziele der Pflegevisite aus unterschiedlichen Sichtweisen_____	8
<b>Tabelle 3:</b> Beispiel zur Einschätzung der Prozessqualität_____	27
<b>Tabelle 4:</b> Formen, Teilnehmer, Häufigkeit, Ort, Anlässe, der Pflegevisite in der Wohnanlage Klütz_____	37

## Anhangsverzeichnis

<b>Anhang 1:</b> Konzept Pflegevisite_____	49
<b>Anhang 2:</b> Standard Pflegevisite_____	50
<b>Anhang 3:</b> Dokument Mikrovisite_____	53
<b>Anhang 4:</b> Dokument Teil A Makrovisite_____	56
<b>Anhang 5:</b> Dokument Teil B Makrovisite_____	59
<b>Anhang 6:</b> Dokument Problembezogene Pflegevisite_____	64
<b>Anhang 7:</b> Folien der Mitarbeiterschulung_____	66
<b>Anhang 8:</b> Altes Konzept Pflegevisite_____	75
<b>Anhang 9:</b> Alter Standard Pflegevisite_____	76
<b>Anhang 10:</b> Alter Teil A – Bewohnervisite (physischer und psychischer Zustand)____	78
<b>Anhang 11:</b> Alter Teil B – Pflegedokumentation/Pflegeplanung/Pflegeberichte_____	80

## Hintergrund, Ziel und Vorgehensweise der Arbeit

Vor dem Hintergrund steigender Qualitäts- und auch Kundenanforderungen an stationäre Pflegeeinrichtungen werden interne Qualitätsmaßnahmen zunehmend unerlässlich. Zu diesen Maßnahmen der internen Qualitätssicherung zählt das Instrument „Pflegevisite“. Das Ziel der Arbeit ist es, den derzeitigen theoretischen Stand der Fachliteratur unter dialektischen Gesichtspunkten zu beleuchten und auf eine praktische Ebene zu projizieren.

Grundlegende Fragestellungen der Literaturrecherche sind hierbei:

- Was ist derzeit unter dem Begriff „Pflegevisite“ zu verstehen?
- Welche Möglichkeiten bietet und welche Grenzen weist die Pflegevisite im Rahmen der internen Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen auf?

Auf der Grundlage einer bereits implementierten Pflegevisite innerhalb des Qualitätsmanagements einer stationären Pflegeeinrichtung in Mecklenburg-Vorpommern wird untersucht, in welchen Aspekten eine Anpassung oder Weiterentwicklung erfolgen kann. In Austausch mit dem Heim- und Pflegemanagement wurde ein einrichtungsspezifischer Weiterentwicklungsprozess angestoßen.

# I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

Im Folgenden wird erläutert, was unter dem Begriff „Qualitätsmanagement“ zu verstehen ist und welche Rolle die Pflegevisite in diesem Rahmen spielt. Inhaltlich werden dazu die interne Qualitätssicherung und deren Instrumente vorgestellt sowie die Pflegevisite als ein Instrument der internen Qualitätssicherung eingehend erläutert.

## 1. Qualitätsmanagement

In den letzten Jahrzehnten haben Begriffe wie „Qualitätsmanagement“, „Qualitätssicherung“ und „ständige Verbesserung“ nicht nur in der Wirtschaft einen existentiellen Bedeutungszuwachs erfahren, sondern auch die pflegerische Versorgung ist maßgeblich daran gebunden. (KEITEL et al. 2010, S. 275) Dies drückt sich besonders deutlich in der Vielfalt von Rechtsquellen aus, welche fortwährend die Anforderungen an stationäre Pflegeeinrichtungen bezüglich ihrer Leistungserbringung ausweiten. (WIESE 2009, S. 1)

Die internationale Norm DIN EN ISO 9000:2000 (S. 21) definiert das Qualitätsmanagement als „Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität.“ mit der Anmerkung, dass dies das Festlegen der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, -lenkung, -sicherung und -verbesserung generell einschließt. Unter Qualität wird hierbei der „Grad, in dem ein Satz inhärenter [innewohnender] Merkmale Anforderungen erfüllt.“ (ebd., S. 18 f.) verstanden. Der rein produktorientierte Ansatz der Qualität wurde mittlerweile auf den Dienstleistungsbereich ausgeweitet, sodass „die Gesamtheit von Merkmalen der dem Kunden angebotenen Leistungen und auch deren Zusammenwirken“. (KAMISKE/BRAUER 2003, S. 167) betrachtet wird. Gerade für den Dienstleistungsbereich sind Kundenanforderungen elementar auf Grund der sich entwickelnden „Verbrauchersouveränität“ (ENGEL 2008, S. 18). Die Betrachtung der Qualität aus Kundensicht gestaltet sich zunehmend als Dreh- und Angelpunkt: Der Kunde definiert, was Qualität bedeutet; d. h. im Umkehrschluss, die Leistungen sind so zu erbringen, dass die Kundenanforderungen erfüllt werden (KAMISKE/BRAUER 2003, S. 167). Diese Entwicklung



## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

ist dem zunehmenden, durch den Gesetzgeber angestoßenen Wettbewerbsdruck in der Gesundheits- und Pflegebranche geschuldet (ENGEL 2008, S. 18).

Die stationäre pflegerische Versorgung stellt im Dienstleistungssektor einen speziellen Bereich dar, denn die Pflegedienstleistung unterliegt spezifischen Charakteristika, welche sie von anderen Dienstleistungen deutlich abgrenzt. Es werden folgende Punkte in der Literatur genannt (ENGEL 2008, S. 19 ff.; HARTL/WERNISCH 2006, S. 24/25; KERRES/SEEGER 2005, S. 395 ff.; HOETH/SCHWARZ 2002, S. 14 ff.):

### **Immaterialität der angebotenen Leistung**

Pflegerische Dienstleistungen sind nicht fassbar, somit nicht transport- oder lagerfähig. Ihre Wirkungen sind vornehmlich immaterieller Natur. Das Potential der Leistung und das Leistungsergebnis sind überwiegend vor der Erstellung nicht einschätzbar.

### **Gleichzeitigkeit von Erbringung und Konsum der Dienstleistung**

Dienstleistungen können ausschließlich in dem Moment der Erbringung durch die BewohnerIn in Anspruch genommen werden. Eine Fehlerbehebung ist somit nicht möglich. Diesbezüglich ist nicht nur das Ergebnis, sondern auch der Prozess der Leistungserbringung maßgeblich für die Qualität der pflegerischen Leistung und gleichzeitig nicht nur die internen Faktoren des Leistungserbringers, sondern auch die des Leistungsempfänger von Bedeutung. Die Dienstleistung wird durch die BewohnerIn ausgelöst und kann nicht unabhängig von ihr erbracht werden.

### **Subjektivität der Qualität der Dienstleistung**

Die subjektive Sicht von Qualität des Leistungsempfängers der Pflege stimmt häufig nicht mit der des Leistungserbringers überein, denn Wünsche und Bedürfnisse fließen in die Beurteilung mit ein; die fachlich korrekte Erbringung der Dienstleistung wird vorausgesetzt.

Dienstleistungen lassen sich einer Systematik unterziehen, die insbesondere Eingang in die gesetzlichen Anforderungen an stationäre Pflegeeinrichtungen der Bundesrepublik Deutschland gefunden haben. Diese Systematik wird auch als „Drei-Dimensionen-Modell“ bezeichnet wird. (KAMISKE/BRAUER 2003, S. 61) Diese drei Dimensionen der Qualität von Dienstleistungen sind die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. In Tabelle 1 wird beispielhaft dargestellt, was unter der jeweiligen Dimension unter Bezugnahme auf eine stationäre Pflegeeinrichtung zu verstehen ist.

## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

**Tabelle 1: Drei-Dimensionen-Modell: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität**

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<p><b>Aufbauorganisatorische, inhaltliche und institutionelle Rahmenbedingungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Räumliche, personelle, sächliche Ausstattung (incl. Leistungen für Unterkunft und Verpflegung, Zusatzleistungen)</li> <li>• Transparenter Nachweis über Anzahl und Einsatz der Mitarbeiter</li> <li>• Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten</li> </ul>	<p><b>Sicherstellung einer bewohnerorientierten fachlich korrekten und einer fach- und sachgerechten Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsqualität unter Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Praxistransfer pflegewissenschaftlicher Grundlagen</li> <li>• Führung einer Pflegedokumentation</li> <li>• Planung und Evaluation des Pflegeprozesses</li> </ul>	<p><b>Pflegefachliche Reflexion der Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfassung des Wohlbefindens und des Pflegezustandes durch Ergebnisprotokollierung</li> <li>• Zielerreichung, Anforderungs- und Erfüllungserfüllung</li> </ul>

(Quelle: Weigert 2008, S. 88 ff.)

### 1.1 Interne Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung als Teil des Qualitätsmanagements dient dazu, „alle geplanten Tätigkeiten strukturiert und systematisch“ umzusetzen. (KAMISKE/BRAUER 2003, S. 208) Dabei ist ihre Aufgabe die „Einbindung der qualitätsbezogenen Aktivitäten in die bestehende Aufbau- und Ablauforganisation des Unternehmens“ (ebd.) HELLMANN und KUNDMÜLLER definieren den Begriff der Qualitätssicherung als „alle Maßnahmen zur Erzielung der geforderten Qualität, oder Maßnahmen, um die bereits vorhandene Qualität zu erhalten oder zu verbessern“. (2006, S. 9) Die Qualitätsverbesserung findet dabei auf der Grundlage einer Qualitätsbeurteilung statt. Im Dienstleistungsbereich spielt die „Subjektivität des Qualitätsbegriffs“ (KAMISKE/BRAUER 2003, S. 66) eine besondere Rolle, denn das was der Kunde, genauer die BewohnerIn oder die Angehörigen, mit dem Begriff Qualität assoziiert, ist überwiegend die Erfüllung seiner eigenen Bedürfnisse und Wünsche. (KEITEL et al. 2010, S. 278) Er nimmt beispielsweise weniger die „besonderen Qualifikationen der Mitarbeiter, die Umsetzung eines Pflegekonzeptes, die systematische Einarbeitung neuer Mitarbeiter sowie die Personalentwicklung, die kontinuierlichen Beurteilungsgespräche, die regelmäßig stattfindenden Teambesprechungen“ wahr. (ebd.) Die benannten Maßnahmen interner Qualitätssicherung werden auch

## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

als „Instrumente“ bezeichnet. (EHMANN 2005, S. 5) Deren Bedeutung wird im Folgenden kurz beschrieben.

### **1.2 Instrumente der internen Qualitätssicherung**

WEIGERT (2008, S. 84) spricht von so genannten „qualitätssichernden Konzepten zur internen Qualitätssicherung“, die Pflegeeinrichtungen vorzuhalten haben, beispielsweise gegenüber dem MDK, den Heimaufsichten oder Gesundheitsämtern. Diese sind zu dokumentieren und „inhaltlich auf die Stimmigkeit, Anwendbarkeit, Funktionalität und Praktikabilität“ zu überprüfen, denn externe Prüfinstanzen stellen stichprobenartig die Umsetzung in der Einrichtung fest. (ebd.) Diese Konzepte umfassen Instrumente wie, Standardentwicklung, Qualitätszirkel, Fall- und Teambesprechungen und insbesondere die Pflegevisite. (HELLMANN/KUNDMÜLLER 2006, S. 10)

Insbesondere der Aspekt der Subjektivität des Qualitätsbegriffs und die elementare Bedeutung der Kundenwünsche und -bedürfnisse für die Erbringung einer Dienstleistung in einer Pflegeeinrichtung stehen bei einem Instrument der internen Qualitätssicherung im Zentrum: Der Pflegevisite.

## **2. Die Pflegevisite**

Die Pflegevisite ist nicht ausschließlich ein Begriff der Pflegewissenschaft aus dem 21. Jahrhundert, sondern wurde bereits vor 1986 auf wissenschaftlichen Kongressen mit einem speziellen Verständnis thematisiert. (THONACK 1986) Im folgenden Abschnitt soll deshalb erläutert werden, welches moderne Verständnis vorherrscht. Hierzu wird ein Überblick darüber gegeben, welche Begriffe und Formen der Pflegevisite unterschieden werden und welche Ablaufaspekte für den Erfolg zu beachten sind.

### **2.1 Begriffsbestimmung und Definition**

Eine eingehende Literaturrecherche ergibt durchaus immer noch ein uneinheitliches Bild von der Definition des Instruments Pflegevisite als solches, unabhängig davon, in welcher Versorgungsform sie angewendet wird (KOCH 2007, S. 29). Auch ist bei der Betrachtung der Entwicklung der Pflegevisite festzustellen, dass anscheinend kein wissenschaftlicher Konsens angestrebt wird. Denn tatsächlich hat die Vielfalt an Definitionen im Vergleich zum 20. Jahrhundert überproportional zugenommen. (HEE-

## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

RING/HEERING 1994; HEERING 2004b, S. 45 ff.; HELLMANN/KUNDMÜLLER 2006, S. 8 f.) Dieser Umstand lässt sich vermutlich darauf zurückführen, dass das Sozialversicherungssystem in Deutschland von einer sektoralen Zersplitterung der Versorgung geprägt ist und somit die einzelnen Akteure auf steigende Qualitätsanforderungen antworten.

Der Begriff „Visite“ ist lateinischen Ursprungs und bedeutet „besuchen/hingehen“. (HOLLICK 2004c, S. 18) Beschreiben lässt sich diese Aktivität demnach als eine zielgerichtete Bewegung einer Person auf eine andere Person und ist eine beziehungsgestützte und interaktive Maßnahme. (ebd.) Bezogen auf stationäre Einrichtungen bedeutet dies, dass die Pflegevisite eine Möglichkeit zum Austausch und Kennenlernen von BewohnerInnen und Pflegekräften darstellt, bei der die Zielsetzung zunächst offen ist.

GÖRRES et al. (2002, S. 26) geben an, dass die am weitesten gefasste Definition von HEERING et al. (1997, S. XIV) getroffen wird:

*Die „Pflegevisite ist ein regelmäßiger Besuch bei und ein Gespräch mit dem/der Klientin über ihren Pflegeprozess.“*

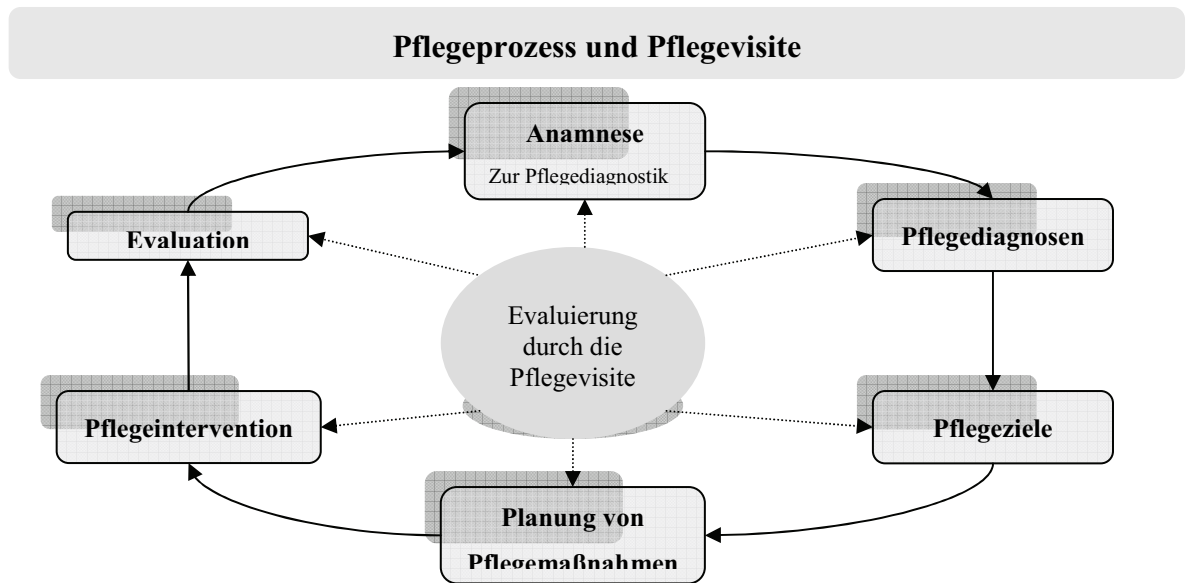
Damit *„dient die Pflegevisite der gemeinsamen*

- *Benennung der Pflegeprobleme und Ressourcen beziehungsweise der Pflegediagnose*
- *Vereinbarung der Pflegeziele*
- *Vereinbarung der Pflegeinterventionen*
- *Überprüfung der Pflege“* (HEERING/HEERING 1994, S. 376)

KERRES (2004, S. 150) betont, dass die Pflegevisite sich insofern nicht grundlegend von der ärztlichen Visite unterscheidet, als dass beide Professionen die Zielstellung verfolgen, mit diesem Instrument geplante und durchgeführte Maßnahmen unter Einbeziehung des Klienten zu evaluieren. Dennoch sind beide Visiten voneinander abzugrenzen. Wichtiges Unterscheidungsmerkmal ist vor allem die strukturierende Methode pflegerischer Tätigkeiten: Der Pflegeprozess, denn er dient als Grundlage zur Durchführung der Pflegevisite (s. 2.3 Allgemeine Voraussetzungen zur Durchführung der Pflegevisite).

## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

Abbildung 1: Die Pflegevisite im Pflegeprozess



(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an KERRES 2004, S. 150)

Gleichsam ist die Pflegevisite als Instrument zu verstehen, welches im Rahmen der Qualitätssicherung fungiert und ein Ergebnis der Professionalisierung der Pflege ist (KERRES 2004, S. 149).

Wie weit gefasst das Verständnis der Pflegevisite ist, zeigt deutlich die nachstehende und häufig zu findende Unterscheidung hinsichtlich der Zielstellung und Konzeption:

- Pflegevisite als Dienstübergabe mit dem Patienten
- Pflegevisite als Führungsinstrument
- Pflegevisite als Qualitätssicherungsinstrument
- Pflegevisite als Instrument zum Miteinbezug der Patienten.

(HEERING 2004b, S. 47 ff.)

Auf Grund der Bedeutung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) als prüfende Behörde der Pflegequalität von stationären Pflegeeinrichtungen ist auch dessen Verständnis von der Pflegevisite Achtung zu schenken. In der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität in der stationären Pflege (MDS 2009, S. 104) wird erläutert:

*„Die Pflegevisite wird als Besuch beim Bewohner durchgeführt und dient u.a. der Erörterung des Befindens des Pflegebedürftigen, seiner individuellen Wünsche und seiner Zufriedenheit mit der Pflegeeinrichtung sowie der Erstellung,*

## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

*kontinuierlichen Bearbeitung und Kontrolle der Pflegeplanung sowie -dokumentation.“*

Hierbei wird deutlich, welche der oben genannten Pflegevisiten der MDK für stationäre Pflegeeinrichtungen vorsieht – als Qualitätsmanagementinstrument unter dem Grundsatz der bewohnerorientierten Pflege und damit als Instrument zum Miteinbezug der BewohnerInnen. BLECK hebt in diesem Zusammenhang in ihrem Artikel (1994, S. 1003) besonders hervor, dass die Pflegevisite keine Dienstübergabe am Bett ist, sondern mehr als das und höchstens ein Bestandteil der Pflegevisite. Diese Ansicht wird in der Literatur auch damit befürwortet, dass die Dienstübergabe eine „Kurzberichterstattung“ ist, die nicht den gesamten Pflegeprozess abdeckt. (KELLNHAUSER 1995, S. 590)

Die Definition des MDS orientiert sich nahe an der von HEERING et al. (1997) und wird für das weitere Vorgehen dieser Arbeit verwendet.

### 2.2 Ziele der Pflegevisite

Entsprechend der Vielfalt der Definitionen gestalten sich auch die jeweiligen Zielsetzungen der Pflegevisite. In der Literatur werden vielfältige Ziele mit der Pflegevisite verfolgt und aus unterschiedlichen Perspektiven formuliert. Beispielsweise können Ziele formuliert werden hinsichtlich der Sichtweise, aus welcher die Pflegevisite wahrgenommen wird:

**Tabelle 2: Ziele der Pflegevisite aus unterschiedlichen Sichtweisen**

BewohnerInnen	MitarbeiterInnen	Leitende Pflegefachkräfte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktive Einbeziehung in ihren eigenen Pflegeprozess</li> <li>• Steigerung der Motivation zur Einbringung eigener Ressourcen</li> <li>• Vermeidung und Abbau von Unsicherheiten und Ängsten</li> <li>• Zufriedenheitssteigerung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Möglichkeit des Austauschs und der Evaluation der eigenen Arbeit</li> <li>• Bestätigung und Sicherheit der eigenen Arbeit</li> <li>• Verstehen lernen von Befinden und Bedürfnissen des Bewohners</li> <li>• Steigerung des Selbst- und Verantwortungsbewusstseins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entdeckung des Fortbildungsbedarfs</li> <li>• Systematische Überprüfung der Bewohnerzufriedenheit</li> <li>• Erfassung der Pflegequalität vor Ort</li> </ul>

(Quelle: EHMANN 2005, S. 26 f.; HELLMANN/KUNDMÜLLER 2006, S. 11; MDS 2009, S. 105)

Übergeordnete Ziele sind somit die Sicherstellung und Evaluierung der Pflegequalität in allen drei Qualitätsdimensionen (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) und die aktive

## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

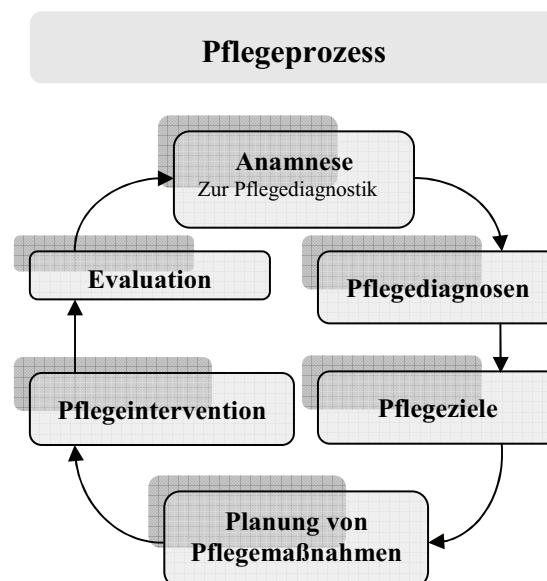
Einbeziehung des Bewohners in seinen Pflegeprozess.

Anzumerken ist, dass die in der Literatur formulierten Zielstellungen immens vielfältig und tief greifend sind. Dies birgt allerdings die Gefahr, der Pflegevisite im Vorhinein einen zu hohen Erfolgsfaktor zuzuschreiben. UHDE (1996, S. 8) betont bezüglich dieser Gefahr, dass vor der Einführung der Pflegevisite eine konkrete Zielsetzung getroffen werden muss.

### 2.3 Allgemeine Voraussetzungen zur Durchführung der Pflegevisite

Nicht nur die konkrete Zielsetzung ist ein Grundstein für eine erfolgreiche Pflegevisite, denn gleichermaßen müssen in einer Einrichtung, welche die Pflegevisite anwenden möchte, bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. EHMANN (2005, S. 7) spricht von „pflegetheoretischen Voraussetzungen“ und argumentiert, dass pflegerische Leistungserbringung einer Prozess- und Zielorientierung bedürfe, ohne diese keinerlei Sicherstellung der Qualität erfolgen könne. Diesbezüglich ist die anzuwendende Methode der **Pflegeprozess**. Die Darstellung verdeutlicht den Pflegeprozess, der in sechs Schritten den Pflegekräften eine Methode bietet, mittels eines systematischen Zugangs zu ihrer Arbeit, diese zu strukturieren. (WIERZ 2000, S. 71)

Abbildung 2: Der Pflegeprozess



(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an KERRES 2004, S. 150)



## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

Bei der Betrachtung des Pflegeprozesses ist zu erkennen, dass die Pflegevisite in ihren einzelnen Schritten diesem „Regelkreislauf“ (WIERZ 2000, S. 71) folgt. Insofern ist die Pflegevisite allerdings nicht als separates Instrument neben dem Pflegeprozess zu verstehen, sondern als eine den Pflegeprozess unterstützende oder ergänzende Methode professioneller Pflegepraxis. (ebd.) GÜLTEKIN und LIEBCHEN (2003, S. 32) verweisen sogar darauf, dass der „Pflegeprozess sich nur mit der Unterstützung der Pflegevisite langfristig und zielorientiert positiv beeinflussen“ lässt. Diese Aussage bewahrheitet sich bei der kritischen Betrachtung des Pflegeprozesses. Wird ausschließlich der Pflegeprozess als Garant für Pflegequalität angesehen, wird der Sachverhalt verkannt, dass er nicht dazu angewandt werden kann, für die Pflege relevante Informationen einzustufen. Er fungiert lediglich als „Gerüst für die Pflege“ und muss selbstverständlich auf der Grundlage eines theoretischen Pflegeverständnisses angewandt werden. (WIERZ 2000, S. 71)

In der Literatur findet sich, dass dieses Verständnis von Pflege aus mehreren Komponenten zu umreißen ist. Die alleinige Auswahl einer **Pflegetheorie** bzw. eines **Pflegemodells** aus den vier großen Denkschulen, der Bedürfnis-, Interaktions-, Ergebnis- oder humanistischen Theorien (MELEIS 1997, S. 20 ff.) reicht nicht aus, sondern muss durch ein **Pflegeverständnis** und möglicherweise ein **Leitbild** ergänzt werden. Insbesondere dem Pflegeverständnis kommt eine besondere Bedeutung innerhalb der Pflegevisite zu. Allerdings beschreiben HEERING und HEERING (1994, S. 375), dass es stark differente und vor allem konkurrierende Pflegeverständnisse der Pflegenden gibt: Zum einen ist dies ein funktionelles, am biomedizinischen Paradigma der Medizin orientiertes und in der Praxis vorherrschendes Pflegeverständnis, bei welchem die Pflegenden sich auf Tätigkeiten und Maßnahmen in Bezug auf das Krankheitsbild des Klienten stützen. Zum anderen ist dies ein individuell-ganzheitliches Pflegeverständnis, das sich an den Bedürfnissen des Klienten orientiert und ihn als gleichwertigen Partner in der pflegerischen Beziehung akzeptiert. LEONI-SCHEIBER (2004, S. 177) sagt, es sei letzteres Verständnis notwendig, um die Pflegevisite erfolgreich einsetzen zu können. Für die Pflegevisite heißt dies:

*„Der Grundgedanke der Pflegevisite basiert auf einem Menschenbild, das ein/e Pflegeempfänger/in als eine denkende, fühlende und wollende Persönlichkeit mit eigener Verantwortungsfähigkeit respektiert. Es wird davon ausgegangen, daß*



## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

*jede urteilsfähige Person nach einer entsprechenden Information und Beratung zu einer eigenverantwortlichen Entscheidung über erstrebenswerte Pflegeziele und -interventionen fähig ist.“ (HEERING/HEERING 1994, S. 376)*

Das Leitbild einer Institution beschreibt Normen, Werte, Verhaltensgrundsätze sowie Ziele der in ihr wirkenden Personen, die dieses Leitbild „leben“ sollten. (LEONI-SCHEIBER 2004, S. 152 f.)

Als eine weitere sinnvolle aber nicht unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung der Pflegevisite wird die Arbeit mit **Pflegediagnosen** genannt. (EHMANN 2005, S. 7) Pflegediagnosen bilden die Grundlage einer einheitlichen pflegerischen Fachsprache und stellen im weitesten Sinne eine „Aussage über gesundheitsbezogene Situationen/Zustände/Verhalten, für die Pflegepersonen aufgrund ihrer Profession (Ausbildung, Wissen etc.) verantwortlich sind und die diesbezüglich auch intervenieren können.“ (LEONI-SCHEIBER 2004, S. 80) Diese allgemeine Definition macht deutlich, dass Pflegediagnosen keinesfalls mit medizinischen Diagnosen der Ärzteschaft zu verwechseln und als Teil der Professionalisierung der Pflege zur Eruierung eines eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches zu verstehen sind. Dennoch führt das Wissen über Pflegediagnosen allein in der Praxis nicht dazu, diese flächendeckend anzuwenden, denn häufig stehen die Rahmenbedingungen im Gegensatz dazu. (LEONI-SCHEIBER 2004, S. 79)

### **2.4 Einrichtungsspezifische Voraussetzungen zur Durchführung der Pflegevisite**

Neben den pflegetheoretischen Voraussetzungen müssen auch personelle und organisatorische Rahmenbedingungen den Einsatz der Pflegevisite ermöglichen.

Die **personellen Voraussetzungen** müssen vor allem auf qualitativer Ebene gegeben sein, das heißt, dass das Pflegepersonal über notwendige Kompetenzen zur Durchführung der Pflegevisite verfügt. Hierbei spielt sowohl der Umgang miteinander als auch die Schulung neuer Mitarbeiter eine Rolle. (EHMANN 2005, S. 15) Im Vorhinein sind die Fähigkeiten der Mitarbeiter deshalb zu analysieren. Neben einem motivierten Pflegeteam bedarf es auch innerhalb des gesamten Teams einer konstruktiven Kommunikation und einer grundsätzlichen gegenseitigen Akzeptanz und Wertschätzung, die sich

## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

über die Beziehung zwischen leitenden Pflegekräften, MitarbeiterInnen und BewohnerInnen erstreckt. (EHMANN 2005, S. 15 f.)

Pflegende, welche die Pflegevisite verantwortlich durchführen, sollen in den folgenden vier Kompetenzbereichen Fähigkeiten besitzen:

- **Pflegefachkompetenz:** Beurteilung der Pflegesituation und Abschätzung des Interventionsbedarfes
- **Sozialkompetenz:** Fähigkeit zur angemessenen Kommunikation (GÜLTEKIN/LIEBCHEN 2003, S. 19), Reflexions- und Konfliktlösungsfähigkeit, Fähigkeit zur Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen
- **Methodenkompetenz:** Fähigkeit zum sinnvollen und angemessenen Einsatz des Instruments Pflegevisite
- **Organisationskompetenz:** Fähigkeit zur Erfassung und Verarbeitung wichtiger Informationen, Steuerung des Pflegeprozesses

(in Anlehnung an EHMANN 2005, S. 16 und MDS 2009, S. 105)

Die **organisatorischen Voraussetzungen** sind unter Bezugnahme auf die Strukturqualität (EHMANN 2005, S. 23 ff.):

- **Zeitraumen:** Die Pflegevisite muss in den allgemeinen Arbeitsablauf integriert werden. Dazu muss sie im Dienstplan berücksichtigt werden, damit es keine Unterbrechungen in der pflegerischen Versorgung der BewohnerInnen gibt. Dies betrifft auch die Häufigkeit der Pflegevisiten.
- **BewohnerInneneinwilligung:** Im Vorhinein ist die BewohnerIn zu informieren, wozu die Pflegevisite dient und wie sie ablaufen soll. Zur Durchführung muss die Bereitschaft und das Einverständnis eingeholt werden.
- **Zugriff auf die Pflegedokumentation:** Die Dokumentation spielt eine elementare Rolle innerhalb der Pflegevisite, da sie die Informationen enthält, an Hand derer zu entscheiden ist, ob der Pflegeprozess korrekt durchgeführt wird. Deshalb muss jede Pflegekraft, die an der Pflegevisite beteiligt ist, zu jeder Zeit Zugriff auf die Dokumentation haben.
- **Räumliche und materielle Ausstattung:** Einerseits bedarf es zur erfolgreichen Durchführung der Pflegevisite einer ruhigen und ungestörten Atmosphäre, sowohl in der Vorbereitung als auch während des Gesprächs mit der BewohnerIn. Diese ist in Pflegeeinrichtungen überwiegend in dem eigenen Wohnumfeld der

## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

---

BewohnerInnen gegeben. Andererseits müssen Formulare und Dokumente vorhanden sein, welche auch in einem an das Dokumentationssystem angepassten Ablageverfahren in Sinne der Ergebnissicherung genutzt werden.

### **2.5 Formen der Pflegevisite**

Die Formen der Pflegevisite zu beschreiben, gestaltet sich ebenso schwierig, wie ein einheitliches Verständnis über den Begriff der Pflegevisite. In der Literatur lassen sich ganz unterschiedliche Kategorien zur Einteilung der Formen von Pflegevisiten finden.

BARTH (2002, S. 176 f.) und HELLMANN/KUNDMÜLLER (2006, S. 8) unterteilen beispielsweise in eine Mikro- und Makrovisite. Allerdings unterscheidet BARTH (ebd.) die beiden Formen hinsichtlich der teilnehmenden Personen, denn bei der Mikrovisite nimmt die KundIn und die betreuende MitarbeiterIn teil; bei der Makrovisite erfolgt ein Austausch zwischen dem gesamten interdisziplinären Team und der KundIn. HELLMANN und KUNDMÜLLER (ebd.) hingegen unterscheiden in Bezug auf den Pflegeprozess und verstehen unter der Mikrovisite die Überprüfung der Pflegeprozessdokumentation als einen Teil des Pflegeprozesses. Die Makrovisite dient demgegenüber der Überprüfung des gesamten Pflegeprozesses sowie der Umgebung der PatientIn/der BewohnerIn und dem Personal.

GÜLTEKIN/LIEBCHEN (2003, S. 76 ff.) unterscheiden in eine primäre und sekundäre Pflegevisite. Die primäre Pflegevisite stellt den Pflegeempfänger mit seinen Wünschen und Bedürfnissen in den Vordergrund und ist demnach mit der Mikrovisite nach BARTH (2002) zu vergleichen. Die sekundäre Pflegevisite dient hierbei der Kontrolle der primären Pflegevisite und deren Rahmenbedingungen. (GÜLTEKIN/LIEBCHEN 2003, S. 100)

Es lässt sich in der Literatur finden, dass auch in Bezug auf den zu visitierenden „Gegenstand“ unterscheiden wird. Deutlich wird dies in der Darstellung von EHMANN (2005, S. 66) Die Autorin spricht von der „Dokumentenvisite“, „Visite bezogen auf Organisationsabläufe“ und dem „Pflegebesuch“ oder der „Pflegevisite (bei KundInnen und bezogen auf die KundInnen)“. (ebd.)

Eine besondere Form der Pflegevisite stellt das „Pflegeforum“ dar, welches ein pflegerisches Stationsteam eines Krankenhauses entwickelte, in welchem ein „geeigneter Personenkreis (...) eine sachverständige Erörterung von Problemen oder Fragen garantiert“.

## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

(DALIEN/KOHLHAMMER 2000, S. 138 f.) Es tauchen in der Literatur durchaus weitere Begriffe zu der Form einer Pflegevisite auf. WIERZ (2000, S. 78 ff.) benennt die „Prozesshafte Pflegevisite“, „Ausschnitthafte Pflegevisite“, „Konsiliarische Pflegevisite“, aber auch die „Übergabe am Bett“.

Aus diesem kurzen Vergleich geht hervor, dass insbesondere die Unterscheidung an Hand des Pflegeprozesses häufig zu finden ist und besonders sinnvoll erscheint, da die Pflegevisite genau in diesem Sinne ihr Ziel verfolgt: Den Pflegeprozess der BewohnerIn gemeinsam mit ihr zu besprechen.

### **2.5.1 Prozess- und Problembezogene Pflegevisiten**

Aus dem Grund, dass die Pflegevisite sich in ihrem Inhalt an den Schritten des Pflegeprozesses orientiert, soll hier die Einteilung in eine prozessbezogene Pflegevisite, die entweder ausschnitthaft einen Schritt oder den gesamten Pflegeprozess betrachtet, vorgenommen werden. Die ausschnitthafte Pflegevisite stellt die „Mikrovisite“ dar, die den Teilbereich „Pflegeprozessdokumentation“ visitiert. (WIERZ 2000, S. 78; HELLMANN/KUNDMÜLLER 2006, S. 8) Den gesamten Pflegeprozess betrachtet die „Makrovisite“. (HELLMANN/KUNDMÜLLER 2006, S. 8) Die problembezogene Pflegevisite kann als sinnvolle Ergänzung angesehen werden, wenn für ein bestimmtes Problem nicht die Überprüfung des gesamten Pflegeprozesses notwendig ist. Die Ausarbeitung des Problems und dessen Lösung steht im Vordergrund. Dazu werden mögliche Ressourcen herausgearbeitet, Ziele festgelegt und Maßnahmen geplant. (Hellmann/Kundmüller 2006, S. 48 ff.)

### **2.5.2 Anlass, Zeitpunkt und Intervalle der Pflegevisiten**

Warum, wann und wie oft Pflegevisiten durchgeführt werden, ist in der Literatur sehr differenziert und vielfältig beschrieben.

**Anlässe** sind beispielsweise:

- Routine (PANKA et al. 2004, S. 122; EHMANN 2005, S. 66)
- Außergewöhnliches, belastendes Ereignis (Tod, Sturz, Krankheit) (EHMANN 2005, S. 66)
- Wunsch/Beschwerde seitens der BewohnerIn/der Angehörigen (KUHN 2008, S. 23 f.)

## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

---

- bei neuen MitarbeiterInnen nach einer bestimmten Einarbeitungsphase (EHMANN 2005, S. 66)
- bei kontrovers diskutierten Veränderungen des pflegerischen Zustandes (EHMANN 2005, S. 66; KUHN 2008, S. 23 f.)
- vor einer Begutachtung durch den MDK (EHMANN 2005, S. 66)
- nach dem Einzug einer BewohnerIn (PANKA et al. 2004, S. 122)
- nach einem Krankenhausaufenthalt einer BewohnerIn (KÖNIG 2007, S. 271)

Bei dem **Zeitpunkt** ist generell darauf zu achten, dass die BewohnerIn ihr Einverständnis zur Durchführung der Pflegevisite gibt und dies rechtzeitig eingeholt wird (EHMANN 2005, S. 24). PIEHLER (2000) beschreibt eine passende Uhrzeit in der stationären Pflege zwischen 9:30 – 11:30 Uhr. Ehmann (2005, S. 25) legt als Erfahrungswert zwischen 11 und 12 Uhr nahe. Grundsätzlich sollten Abend- und Wochenendtermine möglich gemacht werden, wenn Angehörigen nur zu diesen Zeitpunkten teilnehmen können und die BewohnerIn es wünscht. Wichtig ist auch die Berücksichtigung des Termins im Dienstplan.

Die **Intervalle** oder die **Häufigkeit** der Durchführung von Pflegevisiten variiert zwischen sofort, wenn ein Problem auftritt, einmal pro Woche auf jedem Wohnbereich bis hin zu halbjährlich bei Pflegestufe I. (EHMANN 2005, S. 24, 66; HELLMANN/KUNDMÜLLER 2006, S. 13)

### **2.6 Die drei Phasen der Pflegevisite**

In der Literatur (BLECK 1994, S. 1004; GÜLTEKIN/LIEBCHEN 2003, S. 76 ff.; EHMANN 2005, S. 28 ff.; HELLMANN/KUNDMÜLLER 2006, S. 14 ff.) herrscht im Gegensatz zu der Vielfalt der Formen der Pflegevisite Konsens über die Phasen des Ablaufs. Dieser besteht bei der grundlegenden Form der Pflegevisite – dem Besuch bei dem Bewohner und das Gespräch mit ihm über seinen Pflegeprozess – aus drei aufeinander folgenden und notwendigen Phasen, welche im Folgenden näher vorgestellt werden.

#### **2.6.1 Vorbereitung**

Wenn von der Vorbereitung der Pflegevisite gesprochen wird, ist nicht etwa ausschließlich die Zeit vor Beginn des Pflegevisitengesprächs zu verstehen. Die Vorbereitung beginnt viel früher. So lässt sich eine zeitliche Unterscheidung vornehmen: Zur Vorbe-

## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

reitung des Pflegevisitengesprächs wird eine Vorbesprechung der teilnehmenden Pflegepersonen geplant. Die generelle Vorbereitung einer jeden Pflegevisite beginnt allerdings mit der Auswahl der BewohnerInnen, der Häufigkeit und den Terminabsprachen mit der BewohnerIn und möglicherweise den Angehörigen oder anderen Personen. (EHMANN 2005, S. 28)

Die Vorbesprechung dient dazu, allen teilnehmenden Pflegenden die BewohnerIn in ihrer aktuellen Situation vorzustellen und findet idealerweise im Dienstzimmer statt, da dort der Zugriff auf die Pflegedokumentation erfolgen kann. Den Bericht sollte die Bezugspflegekraft übernehmen und folgende Punkte beleuchten:

- Derzeitige Situation der BewohnerIn
- Pflegerische Probleme
- Schwerpunkte und Fragestellungen, die während der Visite angesprochen werden sollen
- Schwerpunkte und Fragestellungen, die nicht im Visitengespräch anzusprechen sind. (EHMANN 2005, S. 28)

Dieser Bericht sollte unter Hinzunahme der Pflegedokumentation erfolgen, denn in ihr sind die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses abgebildet. Die dort beschriebenen Probleme, Ressourcen, Ziele und Maßnahmen sollen im Gespräch mit der BewohnerIn überprüft und aktualisiert werden. Die Grundlage der Pflegevisite ist somit zunächst die Pflegedokumentation. Die Eintragungen im Pflegebericht sollen auf folgende Fragen eine Antwort geben:

- Welche Auswirkungen hatte die Pflege auf die BewohnerIn?
- Wie reagierte die BewohnerIn auf die einzelnen Pflegemaßnahmen?
- Sind Veränderungen seines Zustandes eingetreten? (Wenn ja, welche?)
- Inwieweit wurden die formulierten Pflegeziele erreicht? (GÜLTEKIN/LIEBCHEN 2003, S. 62)

Die Pflegedokumentation wird in der Vorbesprechung bereits hinsichtlich der Vollständigkeit der Pflegeprozessdokumentation, der Aktualität der Pflegeplanung und der Berichterstattung überprüft. (EHMANN 2005, S. 28)

Weiterhin erfolgt in der Vorbesprechung die Klärung der Zuständigkeiten (Moderation, Dokumentation) innerhalb des Pflegevisitengesprächs, insofern diese nicht bereits all-

## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

gemein festgelegt sind. Die Dauer des Vorbereitungsgespräches ist nicht auf eine genaue Angabe festgelegt, denn je nach Situation der BewohnerIn kann es sich auf mehr oder weniger Zeit in der Vorbereitung belaufen. Festgehalten sollte aber werden, dass eine strukturierte und ausführliche Vorbereitung innerhalb der Vorbesprechung unerlässlich für eine erfolgreiche Pflegevisite ist.

### **2.6.2 Durchführung**

Auf der Grundlage der Zielsetzung der Pflegevisite, den Pflegebedürftigen mit ihm über seinen Pflegeprozess zu sprechen und diesen mit ihm zusammen zu gestalten, ist besonders hervorzuheben (EHMANN 2005, S. 28):

#### **Die BewohnerIn steht im Mittelpunkt des Pflegevisitengesprächs!**

Für ein gelungenes Gespräch ist vor allem eine ruhige und vertrauensvolle Atmosphäre notwendig. Dazu gehört auch, dass die Pflegenden pünktlich zu dem Termin erscheinen, da die BewohnerInnen Termine häufig sehr ernst nehmen und ihren Tagesablauf darauf ausrichten, aber auch, dass man der BewohnerIn gegenüber zum Ausdruck bringt, sie ernst zu nehmen und sich für sie zu interessieren.

Der Ort der Pflegevisite sollte idealerweise das Wohnumfeld der BewohnerIn sein. Insofern dies in stationären Pflegeeinrichtungen ein Zweibettzimmer ist, sollte darauf geachtet werden, dass die MitbewohnerIn nicht anwesend ist. Ist dies der Fall, ist auf einen anderen, der BewohnerIn vertrauten und ruhigen Ort auszuweichen. (EHMANN 2005, S. 25) Sinnvoll ist es auch, das Gespräch auf gleicher „Augenhöhe“ stattfinden zu lassen; wenn die BewohnerIn im Bett liegt, kann beispielsweise ein Stuhl neben das Bett gestellt werden und von dort das Gespräch geführt werden. (GÜLTEKIN/LIEBCHEN 2003, S. 80) Dieses Verhalten unterstützt eine angenehme und wertschätzende Atmosphäre.

Das Gespräch beginnt mit der Vorstellung der Personen und dem Anliegen und des Ziels des Pflegevisitengesprächs. Zum Inhalt und der Abfolge von verschiedenen Themenbereichen gibt es verschiedene Beispiele. HELLMANN und KUNDMÜLLER (2006, S. 15 f.) benennen übergeordnete Themenbereiche, wie den medizinischen, pflegerischen, rechtlichen, psychosozialen und wirtschaftlichen Bereich. EHMANN (2005, S. 28 f.) schlägt folgenden Ablauf vor: Überprüfung der Pflegedokumentation, Beobachtung des Umfeldes, aktuelle Begutachtung des körperlichen, seelischen und geistigen Zustandes



## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

und des Hilfsmittelbedarfs, Beurteilung der pflegerischen Ergebnisse, Zufriedenheit der KundIn. HOFMANN-RÖSENER (1995, zitiert nach LEONI-SCHEIBER 2004, S. 181) beschreibt die Vorgehensweise an Hand verschiedener Fragestellungen:

- Wie schätzt der Pflegebedürftige selbst und wie die Bezugspflegekraft das aktuelle Befinden ein?
- Welche Pflegediagnosen bzw. Probleme stehen im Vordergrund?
- Konnten Pflegeziele erreicht werden und wenn nicht, warum nicht? Sollten sie umformuliert werden? Wie lassen die Pflegeziele sich gemeinsam erreichen?
- Wie reagiert die BewohnerIn auf die Pflegemaßnahmen? Müssen Maßnahmen angepasst werden (Häufigkeit, Intensität)?

Letztere Darstellung zeigt sehr deutlich die Orientierung der Pflegevisite am Pflegeprozess und diese Vorgehensweise bietet sich an, den Ablauf des Pflegevisitengesprächs strukturiert und nachvollziehbar zu gestalten. Die Struktur des Pflegevisitengesprächs sollte allerdings das Gespräch nicht dominieren. Wichtig für das Gelingen sind vor allem Verhaltensweisen wie Wertschätzung, Sensibilität und Taktgefühl. (BLECK 1994, S. 1005) Wertschätzung ist auch das Stichwort bei der Dokumentation während des Pflegevisitengesprächs: Mitschreiben und Herunterschauen rufen häufig das Gefühl hervor, es wird etwas kontrolliert, was die BewohnerIn nicht nachvollziehen kann – der Blickkontakt und die Aufklärung über Notizen sind von besonderer Bedeutung. Sinnvoll ist es deshalb auch, die Dokumentation sofort im Anschluss an das Pflegevisitengespräch vorzunehmen. (EHMANN 2005, S. 29) Die BewohnerIn soll eben nicht nur aus Höflichkeit in das Gespräch einbezogen werden, sondern aktiv an diesem Gespräch teilnehmen. Dazu ist es auch notwendig, eine direkte Ansprache und Fragestellung vorzunehmen, um Gespräche über die BewohnerIn hinweg zu VERMEIDEN. (GÜLTEKIN/LIEBCHEN 2003, S. 80) Um die Beteiligung der BewohnerIn zu sichern, ist es unerlässlich, Fachbegriffe weitestgehend zu vermeiden, oder wenigstens zu erklären. (WIERZ 2000, S. 84) Die Dauer des Pflegevisitengesprächs wird in der Literatur von durchschnittlich einer Stunde bis zu der Aussage „nach Bedarf“ beschrieben. (Hellmann/Kundmüller 2006, S. 15) Grundsätzlich bleibt im pflegerischen Alltag dennoch nur eine beschränkte Zeit zur Verfügung, da die teilnehmenden Pflegepersonen im Anschluss die pflegerische Versorgung weiterhin sicherstellen müssen.



### 2.6.3 Nachbereitung

Als dritte Phase der Pflegevisite kommt der Nachbereitung ebenfalls eine elementare Bedeutung zu. Würde man dieser Phase wenig Aufmerksamkeit entgegenbringen, ist das Instrument Pflegevisite nicht erfolgsversprechend, denn die aus ihr gewonnenen Informationen müssen gesichert und umgesetzt werden. (WIERZ 2000, S. 84)

Die Nachbesprechung sollte ebenfalls im Dienstzimmer und möglichst zeitnah erfolgen. (EHMANN 2005, S. 29) An dieser „Expertenrunde“ nehmen die Pflegenden aus dem Pflegevisitengespräch teil und klären im Allgemeinen Detailfragen, bringen Verbesserungsvorschläge, diskutieren Art, Umfang und die durchzuführenden Interventionen. (GÜLTEKIN/LIEBCHEN 2003, S. 80) Eine Teilnahme aller Mitarbeiter, welche die BewohnerIn betreuen, sollte nach Möglichkeit gewährleistet werden. (EHMANN 2005, S. 30)

Im Speziellen schlägt EHMANN (2005, S. 29) drei Schwerpunkte für die Nachbesprechung vor:

#### **Teil 1**

Bewertung des formalen Ablaufes des Pflegevisitengesprächs an Hand der Fragen

- Verlieh das Gespräch wie geplant?
- Was war gut/schlecht/verbesserungswürdig?

und mit dem Ziel, den Ablauf und die Fähigkeiten der Teilnehmer zu verbessern.

#### **Teil 2**

Gegenüberstellung des aus dem Pflegevisitengespräch erhaltenen Ist-Zustandes der BewohnerIn mit der Pflegeplanung mit dem Ziel der Maßnahmenplanerstellung durch die Bezugspflegekraft und der Klärung der Umsetzungsmodalitäten.

#### **Teil 3**

Einschätzung der Arbeit der Mitarbeiter durch die leitende Fachkraft und Möglichkeit der Pflegenden zur Rückmeldung an die leitende Pflegefachkraft.

Zum Schluss werden nochmals Maßnahmen, Verantwortliche und bestimmte Fristen besprochen und diskutiert, ob diese Ergebnisse möglicherweise für eine andere BewohnerIn mit einem ähnlichen Problem relevant sein könnten. (WIERZ 2000, S. 85)

Die Ergebnisse aus der Nachbesprechung werden im Sinne der Ergebnissicherung dokumentiert. Wer diese Aufgabe übernimmt, wird bereits im Vorhinein geklärt. Dies

## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

kann entweder in der Konzeption geschehen oder als Absprache in der Vorbesprechung oder zu Beginn der Nachbesprechung.

Es kann auch eine „Ergebnisweitergabe“ innerhalb der nächsten Dienstübergabe erfolgen, wenn betreuende Mitarbeiter der BewohnerIn nicht anwesend sein können, um zu gewährleisten, dass auch abwesendes Personal über die aktuelle Situation der BewohnerIn informiert ist. (EHMANN 2005, S. 30)

Die Pflegevisite macht es deshalb möglich, objektiv zu erkennen,

- ob Pflegeziele und -maßnahmen an die aktuelle Situation angepasst werden müssen,
- ob neue Pflegeprobleme aufgetreten sind und berücksichtigt werden müssen und
- ob die Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners bei der Durchführung der Pflege berücksichtigt werden.

(GÜLTEKIN/LIEBCHEN 2003, S. 62)

### **2.6.4 Dokumente**

Das Qualitätsmanagementinstrument „Pflegevisite“ als interne Maßnahme zur Qualitätssicherung wird in stationären Pflegeeinrichtungen überwiegend mittels eines Standards und/oder Konzeptes im Qualitätsmanagement-Handbuch verankert. (KUHN et al. 2008, S. 25) Der Standard kann beispielsweise nach Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien der Pflegevisite aufgebaut sein. (HELLMANN/KUNDMÜLLER 2006, S. 13) Er soll dazu dienen, den Ablauf der Pflegevisite einheitlich und damit bewertbar zu gestalten.

Die Ergebnissicherung der Pflegevisite kann an Hand verschiedener Dokumente erfolgen. In der Literatur finden sich Checklisten (EHMANN 2005, S. 30 ff.; HELLMANN/KUNDMÜLLER 2006, S. 18 ff.), Protokolle und verschiedene Dokumente zur Dokumentation der Pflegevisite als auch gesonderte Ergebnisprotokolle. Ein solches Ergebnisprotokoll stellt zum Beispiel der „Maßnahmenplan“ dar, der die Ergebnisse der Pflegevisite zusammenfasst. (KUHN et al. 2008, S. 26)

Hierbei lässt sich eine Unterscheidung in Dokumente vornehmen, die jeweils während der einzelnen Phasen der Pflegevisite benötigt werden – das Ergebnisprotokoll findet beispielsweise nur Anwendung in der Nachbesprechungsphase. Je nach Festlegung und Arbeitsweise kann es auch nur ein Protokoll über die Pflegevisite geben, das im An-

## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

schluss an das Pflegevisitengespräch ausgefüllt wird und der Maßnahmenplanung gleichermaßen dient. (LEONI-SCHEIBER 2004, S. 182)

Vielfältig sind auch das Layout und die Tiefe der Vorstrukturiertheit, denn diese Formulare lassen sich entweder offen, halboffen oder geschlossen gestalten und je geringer der Anteil an offenen Fragen, desto einfacher sei die Auswertung der Pflegevisite. (LEONI-SCHEIBER 2004, S. 183) Es wird auch unterschiedlich bewertet, inwiefern eine ausführliche Dokumentation in Form von mehreren Formularen die Übersichtlichkeit der Ergebnisse gewährleisten kann. (WIERZ 2000, S. 84; HELLMANN/KUNDMÜLLER 2006, S. 18) Die Praxistauglichkeit der Dokumente erweist sich bei ihrer Anwendung und deshalb sollten diese angepasst werden, wenn sich Schwierigkeiten beim Ausfüllen ergeben oder die Übersichtlichkeit nicht gegeben ist. EHMANN (2005 S. 30) fasst zusammen, dass im Allgemeinen sämtliche Dokumente über die Pflegevisite im Berichtsteil der Pflegedokumentation abzulegen sind.

### **2.7 *Beteiligte Personen und deren Rollen im Pflegevisitengespräch***

Die Personen, welche an der Pflegevisite beteiligt sein können, sind weitaus mehr als die BewohnerIn, die leitende Pflegefachkraft oder die Bezugspflegekraft. Beteiligt heißt in diesem Sinne – jeweils die Person betreffend – unmittelbar teilnehmend am Pflegevisitengespräch und mittelbar beteiligt an den Phasen der Pflegevisite. Diese Aufteilung ergibt sich aus dem Umstand, dass am Pflegeprozess einer BewohnerIn immer mehrere Pflegekräfte und weitere Experten beteiligt sein können und die Angehörigen eine wichtige Funktion darstellen. EHMANN (2005, S. 28) benennt vier unterschiedliche Rollen, die im Vorhinein geklärt werden müssen:

- Leitung der gesamten Pflegevisite (Planung und Durchführung),
- Moderation des Pflegevisitengesprächs,
- Teilnehmer an Pflegevisitengespräch,
- Art und Weise und Verantwortlicher der Dokumentation der Visite.

Im Folgenden werden deshalb die Personen und deren Bedeutung und Rollenverteilung innerhalb der Pflegevisite kurz diskutiert.

## 2.7.1 Rollen und Aufgaben des Pflegepersonals

Das Pflegepersonal in einer stationären Pflegeeinrichtung unterteilt sich nach einem Qualifikationsniveau in die Hilfs- und Betreuungskräfte, Fachkräfte und Leitungskräfte. Innerhalb der Pflegevisite kommen den Fach- und Leitungskräften wichtige Rollenverständnisse zu. Fachkräfte im Sinne des § 6 Heimpersonalverordnung (HeimPV)

*„müssen eine Berufsausbildung abgeschlossen haben, die Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der von ihnen ausgeübten Funktion und Tätigkeit vermittelt“.*

Dies sind MitarbeiterInnen mit der Qualifikation „Gesundheits- und KrankenpflegerInnen“, „Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen“ und „AltenpflegerIn“. Zu den Leitungskräften zählt die Pflegedienstleitung im Sinne der „verantwortlichen Pflegefachkraft“ nach § 71 (3) 1 Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI) sowie die Wohnbereichsleitungen.

### 2.7.1.1 Pflegefachkräfte

EHMANN (2005, S. 25) ordnet den Pflegekräften einerseits die Rolle als VisitorIn oder als teilnehmende Bezugspflegekraft zu. Mindestens sollen dennoch zwei MitarbeiterInnen an der Pflegevisite beteiligt sein: Die Bezugspflegekraft und die VisitorIn. Dabei sollte die VisitorIn entweder die Pflegedienst-/Wohnbereichsleitung oder eine KollegIn der Bezugspflegekraft sein. Der VisitorIn unterliegt die Planung und Durchführung der Pflegevisite. KELLNHAUSER (1995, S. 684) bezeichnet demgegenüber die Durchführung ausdrücklich als Aufgabe der Fachkräfte und nicht der Leitungskräfte.

Aus der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität in der stationären Pflege (MDS 2009, S. 105) geht hervor, dass eindeutig „Pflegefachkräfte“ die Pflegevisite durchführen sollen, die über umfassendes aktuelles Fachwissen verfügen. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass die Qualität der Pflege beurteilt werden soll. Die Pflege wird durch die Fachkräfte geplant und durchgeführt und soll eben mit diesen im Rahmen der Pflegevisite evaluiert werden. Es wird zusätzlich betont, dass die Durchführung der Pflegevisite durch „speziell für diese Aufgabe qualifizierte Mitarbeiter“ erfolgen sollte. (MDS 2009, S. 105)

Die Rollen der Fachkräfte können deshalb die Leitung, genauer die Verantwortlichkeit für die gesamte Pflegevisite, sein. Gleichzeitig können diese die Moderation des Pfl-

## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

gevisitengesprächs als auch die Dokumentation übernehmen. Sie können andererseits auch nur Teilnehmer sein. Innerhalb der Nachbesprechung sollten beispielsweise Mitarbeiter beteiligt werden, die ebenfalls die jeweilige BewohnerIn pflegerisch versorgen, aber bei dem Pflegevisitengespräch nicht anwesend sein konnten.

### **2.7.1.2 Die Rolle der leitenden Pflegefachkraft**

In der Literatur wird die Rolle der leitenden Fachkräfte (Pflegedienstleitung, Wohnbereichsleitung) bei der Teilnahme an der Pflegevisite grundsätzlich kontrovers diskutiert. (KELLNHAUSER 1995, EHMANN 2005 S. 15; GÜLTEKIN/LIEBCHEN 2003 S. 101). Dies resultiert zum einen aus der Funktion der leitenden Kräfte als „Verantwortliche des Managements“ und zum anderen aus dem sich verlagerten Tätigkeits- und Aufgabenbereich. Überwiegend sind leitende Fachkräfte nicht in der direkten Pflege tätig und werden deshalb nicht mehr als „Pflegeexperte“ angesehen (GÜLTEKIN 2003, S. 101; KELLNHAUSER 1995, S. 684). Fraglich ist also, ob die Pflegevisite in ihren Phasen ausschließlich eine Aufgabe der leitenden Fachkräfte sein sollte. Ein Argument für die Teilnahme am Pflegevisitengespräch ist aber, dass die Pflegedienstleitung nicht nur fachlich, sondern auch juristisch für die Qualität der erbrachten Pflegeleistungen verantwortlich ist. (MARX 2002, S. 55) Ebenfalls ist bei der Entscheidung, ob die leitenden Fachkräfte teilnehmen, von der Größe und dem organisatorischen Aufbau einer Einrichtung abhängig. Wohnbereichsleitungen haben in ihrem Wohnbereich die Aufgabe, die Pflegequalität zu sichern. (GÜLTEKIN/LIEBCHEN 2003, S. 78) Insofern liegt die Begründung der Teilnahme der Pflegedienstleitung bei der Einrichtung selbst.

Die Rolle der leitenden Pflegefachkraft wird mit mehreren Funktionen innerhalb der Pflegevisite beschrieben. Insbesondere ergibt sich aus dem Aspekt, dass die Pflegevisite kein „Kontrollinstrument“ (WIERZ 2000, S. 81) bezüglich der MitarbeiterInnen ist, sondern ein „gemeinsames Unterwegssein“ (BIEG 1995, S. 208) darstellt, dass die Pflegedienstleitung entweder

- **InformatorIn:** bei Fragen auf Seiten der Pflegenden oder
- **ModeratorIn:** zur Klärung von Fragen, Bedürfnissen und Konfliktbewältigung zwischen Pflegenden und BewohnerInnen oder
- **BeraterIn:** zur Lösungsfindung bei Problemen, Mängeln und der Wirkung pflegerischer Maßnahmen mit den Pflegenden oder

## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

---

- **OrganisatorIn:** zur Definition von Rahmenbedingungen und Zielstellungen sowie der Bereitstellung von Hilfsmitteln und Materialien für funktionierende Arbeitsprozesse oder
- **PersonalmanagerIn:** zur fachlichen Weiterentwicklung der MitarbeiterInnen oder
- **Wertschätzende KollegIn:** konstruktive Rückmeldung über die Arbeit der Pflegenden ist.

(in Anlehnung an BIEG 1995, S. 209; EHMANN 2005, S. 15 f.)

### 2.7.2 Bewohnerauswahl

Ein einschlägiges Argument dafür, dass grundsätzlich keine BewohnerIn von der Pflegevisite auszuschließen ist, geben HEERING et al. (1997, S. XXIII) an: Die Pflegevisite ist „ein Instrument zur partizipativen Gestaltung des Pflegeprozesses“, welches das Erleben und die Selbsteinschätzung der BewohnerInnen über ihre Situation in den Vordergrund stellen und dazu dient, die Selbsteinschätzung einer gemeinsamen Validation zu unterziehen. Eine vorhergehende „Kategorisierung“ der PflegeempfängerInnen in „ProblembewohnerInnen“ und „normale BewohnerInnen“ setzt diesen partizipativen Gedanken außer Kraft. Im Gegensatz zu dieser Ansicht steht die Aussage, eine Pflegevisite sei gar nicht bei jeder PflegeempfängerIn möglich und sinnvoll, denn es wäre ausreichend, die Pflegevisite bei bestimmten Problemstellungen durchzuführen. (BLECK 1994 S. 1003; GÜLTEKIN/LIEBCHEN 2003, S. 77)

Wichtig ist vor allem die Einwilligung der BewohnerInnen zur Durchführung der Pflegevisite sollte nicht durch Überredung sondern Motivation eingeholt werden. Auf diese Weise kann es gelingen, dass sie „langfristig eigene Ressourcen in den Pflegeprozess einbringen“. (EHMANN 2005, S. 24)

### 2.7.3 Angehörige

Familiäre Beziehungen sind eine „wertvolle und meist unerlässliche Ergänzung zur Betreuung durch die Fachkräfte (...) in der Senioreneinrichtung“ (Gültekin/Liebchen 2003, S. 79), sodass diese Personen eine nicht zu unterschätzende Rolle in der Pflegevisite spielen können. Bei Menschen mit Demenz sind Angehörige zum Beispiel dazu in der Lage, das Wohlbefinden der demenziell erkrankten Person einschätzen zu können und durch das Gespräch innerhalb der Pflegevisite können differente Ansichten der

## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

Realität abgeglichen werden. (KUHN/SCHÄFER/VESER 2008, S. 18) Da Angehörige vor allem „Vertrauenspersonen“ (Leoni-Scheiber 2004, S. 179) sind, können diese bei unsicheren und unruhigen BewohnerInnen eine für diese entspannte und angenehme Gesprächsatmosphäre bewirken.

### **2.7.4 Weitere Personen**

Das Hinzuziehen von intern qualifizierten oder externen Experten, wie beispielsweise die SozialarbeiterInnen, die Hygienefachkraft, die WundexpertIn, die PhysiotherapeutIn oder ÄrztInnen, kann im Vorhinein notwendig sein, wenn „konsiliarischer Rat zu einem speziellen Pflegeproblem benötigt wird“. (GÜLTEKIN/LIEBCHEN 2003, S. 79) Insofern die BewohnerIn eine gerichtlich bestellte BetreuerIn hat, sollte diese unter Umständen an dem Pflegevisitengespräch teilnehmen.

## **3. Bedeutung der Pflegevisite als QM-Instrument**

Der Pflegevisite als Instrument des Qualitätsmanagements werden vielerlei Funktionen zugeschrieben. Doch was kann dieses Instrument wirklich leisten? Im Weiteren sollen nochmals die Möglichkeiten und Grenzen beschrieben und in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Pflegevisite als Qualitätssicherungsinstrument aufgezeigt werden.

Das gemeinsame Gespräch mit der BewohnerIn über die geplanten Leistungen, Probleme, Ressourcen und Ziele und die Bewertung der einzelnen Schritte schafft Vertrauen und Transparenz im Pflegeprozess. (ALTHAMMER/NOBBACH 2004, S. 39) Indem die Wünsche und Bedürfnisse erfragt, in der Planung berücksichtigt und die Leistungen und Tätigkeiten danach ausgerichtet werden, können Kundenorientierung und Bewohnerzufriedenheit das Ergebnis sein. (ALTHAMMER/NOBBACH 2004, S. 40; GIEBEL 2007, S. 33)

Im Rahmen des Qualitätsmanagements können mit der Pflegevisite notwendige Veränderungen erkannt und somit dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess Folge geleistet werden. Pflegequalitätssicherung und -verbesserung können ebenfalls erreicht werden. In der Literatur wird somit überwiegend beschrieben, dass die Pflegevisite es möglich macht, Pflegequalität zu beurteilen. Dennoch stellt sich die Frage nach der Messbarkeit der Pflegequalität in der Pflegevisite.



## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

KUHN et al. (2008 S. 42 ff.) nehmen die für die Beurteilung der Pflegequalität wichtige Unterscheidung in die drei Qualitätsdimensionen vor: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. An Hand dieser Dimensionen schätzen die Autoren ein, inwiefern die Pflegevisite Pflegequalität messen kann, genauer welche der drei Dimensionen innerhalb der Pflegevisite überprüfbar sind. Zunächst fassen die Autoren zusammen:

*„Das Potenzial dieser Pflegevisite besteht darin, Diskrepanzen zwischen verschiedenen Qualitätsdimensionen – dem subjektiven Empfinden der Bewohnerin und der Angehörigen, den festgelegten Anforderungen an professionelle Pflege und dem dazwischen vermittelnden Pflegeprozess – aufzudecken und gezielt Maßnahmen einzuleiten.“* (KUHN et al. 2008, S. 7)

Das subjektive Empfinden über Qualität rückt hierbei in den Vordergrund, denn die Qualität im Pflegebereich, einem Dienstleistungssektor, lässt sich eben nicht ausschließlich an objektiven Kriterien einschätzen und bewerten, sondern muss geradezu das Qualitätsverständnis des jeweiligen Dienstleistungsempfängers berücksichtigen. (KAMISKE/BRAUER 2003, S. 66)

Welche Maßnahmen den Bedürfnissen der BewohnerIn und ob diese Maßnahmen den pflegefachlichen und gesetzlichen Vorgaben entsprechen wird in der **Strukturqualität** hinterfragt. Sie lässt sich nur an der individuellen Situation der BewohnerIn und an den gesetzlichen und pflegerischen Anforderungen nachvollziehen. (KUHN et al. 2008, S. 43) Soll die Strukturqualität in der Pflegevisite geprüft werden, geschieht dies an Hand des

*„schriftlich nachvollziehbaren Bearbeitungsstand(es) von Pflegeplanung und -dokumentation, der Einhaltung der gesetzlichen Anforderung und an der kontinuierlichen Durchführung eingeführter Assessments und der folgerichtigen Maßnahmenplanung.“* (ebd.)

Bei der **Prozessqualität** steht die Frage im Vordergrund, wie die pflegerischen Maßnahmen umgesetzt werden. Die Umsetzung der Maßnahmen ist offensichtlich während der Pflegevisite schwer zu beurteilen, denn während der Pflegevisite findet keine Pflegeintervention statt. (KUHN et al. 2008, S. 44) Höchstens ist zu überprüfen, ob beispielsweise die Bezugspflegekraft die fachgerechte Wundversorgung beherrscht, wenn sie einen Verbandwechsel während der Pflegevisite vornehmen soll. Dies in die Pfl-



## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

gevisite zu integrieren ist allerdings als kritisch anzusehen und stellt auch ausschließlich einen minimalen Teilbereich pflegerischer Tätigkeit dar. Die Prozessqualität kann demnach lediglich rückschließend aus der „Übereinstimmung oder durch die Diskrepanz zwischen Struktur- und Ergebnisqualität“ in der Pflegevisite beurteilt werden. (KUHN et al. 2008, S. 44) Die Ergebnisse der Interpretation dieser Diskrepanzen können „Notwendigkeiten für die Qualitätsentwicklung im Hinblick auf Pflegequalität, Fachlichkeit, Personalentwicklung und Organisationsentwicklung“ sein. (KUHN et al. 2008, S. 46) Allerdings gestaltet sich die Interpretation keineswegs einfach, denn es gibt bei diesen Diskrepanzen unterschiedliche Kombinationen. Eine Kombination soll kurz dargestellt werden.

**Tabelle 3: Beispiel zur Einschätzung der Prozessqualität**

Ergebnis	Struktur	Prozess
<i>schlecht</i>	<i>gut</i>	<i>gut</i>
<b>Beschreibung</b>		
Eine schlechte Ergebnisqualität in Verbindung mit einer guten Strukturqualität muss nicht unbedingt eine schlechte Prozessqualität bedeuten. Im Austausch zeigt sich, an welcher Stelle Verbesserung notwendig wird.		
<b>Beispiel</b>		
Tochter äußert Verärgerung darüber, dass Frau M. um 9 Uhr noch nicht gewaschen und angezogen ist.	Schlafverhalten und Probleme bei der Körperpflege sind benannt, verschiedene Maßnahmen zur Körperpflege sind formuliert. Ziel ist es, dies nur im Einverständnis mit Frau M. durchzuführen und mehrmals täglich Körperpflegeangebote zu geben.	Schlussfolgerung: Frau M. erhält mehrmals am Tag das Angebot zur Körperpflege und der Unterstützung dabei. Die Körperpflege findet meistens am frühen Abend statt, dies aber auch nicht täglich.
<b>Fazit</b>		
Eine Differenzierung zwischen den Wünschen und Hoffnungen der Angehörigen und den subjektiven Rückmeldungen von Frau M. ist notwendig. Angehörige benötigen mehr Informationen zum konzeptionellen Pflege- und Betreuungsansatz. In diesem Fall rücken oft die Angehörigen mit ihren Problemen, Wünschen und Hoffnungen im Gespräch in den Vordergrund.		

(Quelle: Kuhn et al. 2008, S. 50)

Die Frage zur Beurteilung der **Ergebnisqualität** richtet sich danach, ob durch die Umsetzung der Maßnahmen Wohlbefinden entsteht. Diese subjektive Beurteilung übernimmt die BewohnerIn und/oder deren Angehörige und umfasst die Lebensqualität und die Zufriedenheit in der Pflegeeinrichtung und steht im Fokus der Pflegevisite. (KUHN et al. 2008, S. 43)

## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

HOLLICK (2004b, S. 129) betont allerdings:

**„Auch die Pflegevisite ist nur so wirksam, wie der dahinter stehende Geist, der letztlich den Qualitätslevel der Pflegeleistung bestimmt.“**

Hiermit fasst der Autor zusammen, dass die Pflegevisite allein nicht dazu führt, die Qualität der Leistungen zu verbessern, sondern es diejenigen sind, welche sie als Instrument anwenden, die den Erfolg oder Misserfolg und den Wert ihrer Leistungen maßgeblich beeinflussen. Dieser Ansicht stimmt BIEG (1995, S. 211) zu und benennt Grenzen, welche die Pflegevisite aufweist: „interne Schwellen, Einstellungen, Traditionen“. Besonders die Einstellungen der Mitarbeiter gegenüber ihrer Tätigkeit als auch dem Instrument „Pflegevisite“ sind bedeutsam. Häufig wird die Pflegevisite als „Kontrollinstrument“ (WIERZ 2000, S. 80; EHMANN 2005, S. 15) angesehen und nicht als Möglichkeit zum fachlichen Austausch. KERRES bezeichnet diese Einstellung als „fehlende Diskursfähigkeit der Pflegenden“ (2004, S. 150), denn gerade dieser Austausch führt erst zum Erfolg der eigenen Arbeit. Die Pflegevisite wird auch nicht gelingen, wenn das Pflegeverständnis sich an einem funktionellen Verständnis orientiert. (s. 2.3 Allgemeine Voraussetzungen zur Durchführung der Pflegevisite)

Als interne Schwellen können beispielsweise die Rollenverständnisse oder die Organisation dienen. BIEG (1995 S. 208) verdeutlicht, dass die Pflegevisite einen „Rollenwechsel“ fordert, indem die Hierarchie zwischen Pflegenden und Pflegedienstleitung durchbrochen werden muss, denn nur so ist eine gemeinsame und gleichwertige Interaktion möglich, die nicht von Ängsten und Unsicherheiten geprägt ist, sondern von Offenheit und Wertschätzung. Auch im Bereich der Arbeitsorganisation ist das Pflegeorganisationssystem „Funktionspflege“ hinderlich und ineffizient, denn sie wirkt einer ganzheitlichen Pflege entgegen. (HEERING/HEERING 1994, S. 372)

Ein mögliches Problem ergibt sich auch aus dem Aspekt, dass Pflegenden zu KlientInnen „mit eingeschränkter Wahrnehmungsfähigkeit oder mit eingeschränkten intellektuellen Fähigkeiten“ (HEERING et al. 1997, S. XXIII) keinen entsprechenden Zugang finden und somit innerhalb der Pflegevisite schwer die Zufriedenheit einzuschätzen ist.

Grundsätzlich aber betonen die Autoren, dass bei der richtigen Anwendung und gegebenen Voraussetzungen die Pflegevisite gelingen kann und dadurch als Instrument zur

## I. Die Pflegevisite als Qualitätsmanagement-Instrument

---

Verbesserung der Pflegequalität gut geeignet ist. Die Autoren beschreiben auch, dass es mittels der Pflegevisite möglich ist,

- BewohnerInnen und deren Angehörige in den Pflegeprozess mit einzubeziehen und deren Wünsche und Bedürfnisse zu integrieren
- durch den beratenden Ansatz können den Angehörigen Verhaltensweisen von gerontopsychiatrisch erkrankten BewohnerInnen erklärt werden
- zusätzlich neue biographische Informationen über die BewohnerInnen zu erhalten
- den Kontakt zwischen der Bezugspflegefachkraft und dem Bewohner bzw. seinen Angehörigen oder dem Betreuer zu intensivieren und zu fördern
- durch diese Bemühungen der BewohnerIn bestmögliche individuelle Pflege und Betreuung zukommen zu lassen.

(GIEBEL 2007, S. 33)

## **II. Die Weiterentwicklung der Pflegevisite in einer stationären Pflegeeinrichtung**

Der praktische Teil der Arbeit wurde als Projekt angelegt, durch das ein einrichtungsspezifischer Weiterentwicklungsprozess der Pflegevisite als Qualitätsmanagementinstrument in einer Pflegeeinrichtung in Mecklenburg-Vorpommern angestoßen werden sollte. Als Arbeitsmethode galt der Theorie-Praxis-Transfer.

Innerhalb einer vierwöchigen Praxisphase wurde der Ist-Zustand erhoben und der Soll-Zustand in ständigen Austausch mit der Pflegedienstleitung geplant. Zur Erreichung des Soll-Zustandes wurden unterschiedliche Maßnahmen geplant und in der Einrichtung umgesetzt. Die Durchführungsverantwortung der Pflegevisite oblag bis zu Beginn des Projekts der Pflegedienstleitung der Einrichtung.

Notwendigerweise beginnt die Einführung eines Qualitätsmanagementinstruments mit der Implementationsphase. Auf der Grundlage einer bereits implementierten und langjährig angewandten Pflegevisite konnte auf diese Phase verzichtet werden. Zur Unterstützung des Weiterentwicklungsprozesses sollen Implementations- und Durchführungserfahrungen anderer stationärer Pflegeeinrichtungen herangezogen werden, welcher aus einer eingehenden Literaturrecherche eruiert werden konnten.

Erwartungen, die diesbezüglich an die Einrichtung bestanden, bezogen sich auf die Anwendung und Wirkungsweise interner Qualitätssicherungsinstrumente und deren Verknüpfungspunkte auf Bewohner-, Mitarbeiter- und Leitungsebene. Erwartungen der Einrichtung beschreiben die Orientierung an dem aktuellen Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in Verbindung mit dem Qualitätsmanagement.

Nach Beendigung der Praxisphase wurde das Konzept der weiterentwickelten Pflegevisite in der Einrichtung erprobt, ist jedoch kein weiterer Bestandteil dieser Arbeit.

### **1. Kurzportrait der Einrichtung**

Die Wohnanlage „Uns Hüsung“ in Klütz ist eine von fünf Altenpflegeeinrichtungen, die von der Krankenhaus Grevesmühlen gGmbH in Mecklenburg-Vorpommern betrie-

## II. Die Weiterentwicklung der Pflegevisite in einer stationären Pflegeeinrichtung

ben werden. Der Träger ist das Deutsche Rote Kreuz, Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Mit insgesamt 90 stationären Pflegeplätzen, aufgeteilt in 26 Einbett- und 32 Zweibettzimmern, bietet die Wohnanlage pflegebedürftigen älteren Menschen ein Zuhause, die sich selbst in der Häuslichkeit nicht mehr allein oder nicht ausreichend mit Hilfe der Angehörigen bzw. ambulanten Dienstleistungserbringern versorgen können. Zwei Wohnbereiche mit jeweils 45 Plätzen verteilen sich über zwei Etagen und weisen eine durchschnittliche Belegung von 98% auf. Der Anteil der BewohnerInnen mit der Pflegestufe I und II liegt bei 95%; bei BewohnerInnen mit Pflegestufe III bei 5%. Mit einem Durchschnittsalter der BewohnerInnen von derzeit 82 Jahren liegt die Verweildauer im Durchschnitt bei 6,6 Jahren. Besonders hebt sich der Frauenanteil von 80% hervor. Über ein Drittel der BewohnerInnen werden durch zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI auf Grund einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz betreut.

Die Einrichtung arbeitet nach dem bedürfnisorientierten Pflegemodell von Monika Krohwinkel, den Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL's). Zur Organisation der Arbeitsabläufe wendet die Einrichtung Anteile des Funktionspflegesystems an, sichert die Bezugspflege aber derart ab, dass jedem Bewohner eine Pflegekraft eindeutig als Bezugsperson zugeordnet ist. Die Einrichtung arbeitet erfolgreich mit der speziellen Pflegedokumentationssoftware „TOM“, welche ständig an pflegfachlichen Anforderungen und Anwendungsfreundlichkeit angepasst und weiterentwickelt wird.

Da der Anteil der an Diabetes erkrankten BewohnerInnen zwischen 40 und 50 % liegt, hat die Einrichtung sich auf den pflegfachlichen Schwerpunkt „Diabetes mellitus“ spezialisiert und bietet in diesem Rahmen ein erweitertes und optimiertes Angebot an. Die BewohnerInnen selbst engagieren sich aktiv in dem Heimbeirat der Einrichtung.

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist ausschließlich in der Managementfunktion tätig, wohingegen die Wohnbereichsleitungen je nach Bedarf in der direkten Pflege unterstützend mitwirken.

## II. Die Weiterentwicklung der Pflegevisite in einer stationären Pflegeeinrichtung

Das Pflegeverständnis der Mitarbeiter ist maßgeblich von den Grundsätzen des Deutschen Roten Kreuzes geprägt: Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität, Unabhängigkeit, Freiwilligkeit, Einheit und Universalität.

## **2. Erhebung des Ist-Zustandes**

In der ersten Woche wurde der Ist-Zustand erhoben. Dazu gehörte die Analyse des bisherigen Konzeptes und der Dokumente. An Hand dieser Analyse konnten Schlussfolgerungen für die Planung des Soll-Zustandes gezogen werden. Die Analyse ist die Grundlage des Weiterentwicklungsprozesses und dient dem Soll-Ist-Vergleich.

### **2.1 Bisheriges Konzept und Anwendung**

#### **Verankerung:**

Die Einrichtung dokumentiert das Qualitätsmanagementsystem (QMS) in einem Qualitätsmanagementhandbuch (QMH) und erfasst somit systematisch das Qualitätsmanagement (QM). (KEITEL et al. 2010, S. 285) Das QMH teilt sich in zwei Bücher auf: QMH I und QMH II. Im QMH II sind insbesondere die Maßnahmen der internen Qualitätssicherung im pflegerischen Bereich verankert. Neben verschiedenen Beauftragten, wie der Qualitäts-, Hygiene- oder Sturzbeauftragten, wendet die Einrichtung beispielsweise Dienstberatungen, ein Beschwerdemanagement und die Pflegevisite als interne Maßnahmen an. Hierzu ist im QMH II ein Kurzkonzept „Pflegevisite“ (s. Anhang 8) abgelegt. Zusätzlich zu den zwei QMH gibt es ein Buch „Qualitätsstandards“, in welchem sämtliche Standards abgelegt sind. Innerhalb des Buches Qualitätsstandard findet sich der Standard „Nr. 8A Pflegevisite“ (s. Anhang 9) und die dazugehörigen Formulare „Teil A – Bewohnervisite (physischer und psychischer Zustand)“ (s. Anhang 10) und „Teil B - Pflegedokumentation/Pflegeplanung/Pflegeberichte“ (s. Anhang 11).

#### **Anwendung:**

Die Pflegevisite wird in der Pflegeeinrichtung bisher als „Arbeitsinstrument des Qualitätsmanagement[s]“ verstanden und verwendet. (s. Anhang 9) In diesem Rahmen wird die Pflegevisite seit dem Jahr 2000 kontinuierlich genutzt, systematisch durchgeführt und an Hand von Formularen dokumentiert. Allerdings ist anzumerken, dass die Pflegevisite bereits langjährig vor der systematischen Durchführung seit 2000 Anwendung fand, ohne dass dies dokumentiert wurde.

## II. Die Weiterentwicklung der Pflegevisite in einer stationären Pflegeeinrichtung

---

### **Durchführungsverantwortung:**

Die Verantwortung für die Umsetzung dieses Instruments verortet sich bisher im Aufgabenbereich der Pflegedienstleitung der Einrichtung. Die Pflegedienstleiterin nahm an mehreren externen Fortbildungen teil: Im Jahr 2002 mit dem Thema „Die Pflegevisite: Instrument interner Qualitätssicherung“ sowie im Jahr 2005 mit dem Thema „Pflegevisiten als Managementinstrument nutzen“. Weiterhin relevant ist die Weiterbildung zum Thema „Nonverbale Kommunikation“ (2007), an der die Pflegedienstleitung teilnahm. Auf Grund der Konzeption der Einrichtung haben die Pflegefachkräfte hinsichtlich der Pflegevisite bisher keine Fortbildung besucht.

### **Formulare:**

Die Formulare, die zur Zeit zur Dokumentation verwendet werden, sind ein Ergebnis aus der Arbeit des Qualitätszirkels des DRK Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern.

### **Formen:**

Auf Grund der des Konzeptes (s. Anhang 8) und der beiden Formulare „Teil A - Bewohnervisite“ (s. Anhang 10) und „Teil B – Pflegedokumentation/Pflegeplanung/Pflegeberichte“ (s. Anhang 11) ist zu vermuten, dass die Einrichtung mit zwei bekannten Formen der Pflegevisite arbeitet: Zum einen die Bewohnervisite und zum anderen die Pflegedokumentationsvisite. Der „Teil A“, die Bewohnervisite, ist allerdings nicht eindeutig in eine bisher zu findende Form einzuordnen. Dies ist aus der Analyse und dem Vergleich mit anderen Formularen zu hervorgegangen. Aus dem Kurzkonzept zur Pflegevisite (s. Anhang 8) geht allerdings hervor, dass die Pflegevisite im Sinne von HEERING et al. (1997, S. XIV) zu verstehen und durchzuführen ist.

Der „Teil B“ (s. Anhang 11) ist inhaltlich und dem Ablauf nach mit der „Mikrovisite“ nach HELLMANN und KUNDMÜLLER (2006, S. 9) vergleichbar und überprüft den Teilbereich Pflegeprozessdokumentation.

Festzuhalten ist jedoch, dass „Teil A“ und „Teil B“ der Pflegevisite jeweils nacheinander stattfinden: Die Bewohnervisite erfolgt an Hand des „Teil A“ und im Anschluss daran füllt die Pflegedienstleiterin den „Teil B“ aus. Aus dieser Anwendung der Formulare als „aufeinander folgende Teile“ ergibt sich insgesamt eine Form der Pflegevisite.

## II. Die Weiterentwicklung der Pflegevisite in einer stationären Pflegeeinrichtung

### **Ablauf:**

Die drei Phasen der Pflegevisite sind nicht eindeutig zu finden. Im Standard (s. Anhang 2) wird die Durchführung und Auswertung beschrieben. Auf Grund der alleinigen Verantwortung der PDL für die Pflegevisite gibt es keine ausdrückliche Vorbereitung mit den Bezugspflegekräften.

### **Einbeziehung von weiteren Personen:**

Die Einbeziehung von Angehörigen in die Pflegevisite war konzeptionell vorgesehen, ist bisher aber selten notwendig gewesen. Auch Experten wurden kaum bis gar nicht miteinbezogen.

### **Bewohnerauswahl und Intervall:**

Der „Teil A – Wohnervisite“ (s. Anhang 10) wird bei allen Bewohnern durch die Pflegedienstleiterin jährlich durchgeführt; der „Teil B – Pflegedokumentation/Pflegeplanung/Pflegeberichte“ (s. Anhang 11) wird bei Bewohnern mit der Pflegestufe I jährlich, bei Bewohnern mit der Pflegestufe II zweimal im Jahr und bei Bewohnern mit der Pflegestufe III vierteljährlich durchgeführt.

### **Dokumentation und Ablage:**

Die Durchführung der Pflegevisite wird in dem Dokumentationsprogramm TOM vermerkt und die notwendigen Maßnahmen in die Pflegeplanung eingepflegt. Die Ablage der Formulare erfolgt in der Bewohnerakte.

## **2.2 *Bisherige Erfahrungen aus der Anwendung der Pflegevisite***

Die langjährige und kontinuierliche Anwendung der Pflegevisite bedingt ebenfalls ein gewisses Maß an Erfahrung, welche sich allerdings auf die Pflegedienstleiterin beschränkt, da ausschließlich diese die Pflegevisiten durchführt. Grundsätzlich wurde die Pflegevisite von Bewohnern gut angenommen. Die Dauer des Gesprächs überstieg häufig eine Stunde. Die Pflegedienstleiterin stellt fest, dass die Bewohner die Möglichkeit nutzten, sich über unterschiedliche Themen zu unterhalten, welche sie betreffen. Angehörige, die zur Pflegevisite hinzugezogen wurden, empfanden die Art und Weise der Klärung des Problems als angenehm. Ergebnisse der Pflegevisiten waren überwiegend



## II. Die Weiterentwicklung der Pflegevisite in einer stationären Pflegeeinrichtung

- die Feststellung, dass auf Grund eines höheren Pflegebedarfs die Beantragung einer höheren Pflegestufe bei der Pflegekasse des Bewohners notwendig ist,
- die Schlussfolgerung, dass die Pflegeplanung überarbeitet werden muss,
- Ernährungsumstellungen,
- Hilfsmittelbeantragung oder Anleitungen im Umgang damit.

### **2.3 Verwendete Dokumente**

Die Dokumente zur Protokollierung der Pflegevisite sind zum einen „Teil A - Bewohnervisite“ (s. Anhang 10) und zum anderen „Teil B – Pflegedokumentation/Pflegeplanung/Pflegeberichte“ (s. Anhang 11). Der Umfang der Dokumente ist gering und somit als übersichtlich zu bewerten.

„Teil A“ ist in einer offenen Struktur gehalten und es ist ausreichend Platz für Vermerke eingeräumt. Dennoch fällt auf den ersten Blick auf, dass der Pflegeprozess in seinen Schritten in dem Dokument nicht wieder zu finden ist – mehr oder weniger wird dieser Teil auf der zweiten Seite festgehalten, indem dort „Maßnahmen zu“ vermerkt werden können. Die Pflegedienstleitung beschreibt die Ausfüllbarkeit als praktikabel.

„Teil B“ ist in von einer geschlossenen Struktur der Fragestellungen geprägt – die Antwortmöglichkeiten sind „Ja“ oder „Nein“ mit wenig Raum für Bemerkungen. Die Aufteilung in die drei Bereiche Pflegedokumentation, Pflegeplanung und Pflegeberichte ist klar erkennbar und als sinnvoll zu bewerten. Der Umfang erstreckt sich ebenfalls auf zwei Seiten.

### **2.4 Schlussfolgerungen**

Das Konzept bietet an mehreren Stellen Potential zur praktischen Weiterentwicklung. Hier setzt die Weiterentwicklung zu einer einrichtungsspezifischen Pflegevisite an. Auch die Unterschiede die in dem Konzept des QMH (s. Anhang 8) und dem dazu gehörigen Standard (s. Anhang 9) sollen angepasst und weiter entwickelt werden, denn sie wirken irreführend für den Anwender. Es gibt bisher kein gesondertes Ergebnisprotokoll.

Bisher wird eine Form der Pflegevisite angewendet, sodass sich hier die Möglichkeit anbietet, dies zu differenzieren und das Instrument effektiver in das Qualitätsmanagement einzubinden. Beteiligte Personen sind bisher nur die Pflegedienstleitung. Hier

## II. Die Weiterentwicklung der Pflegevisite in einer stationären Pflegeeinrichtung

kann, wie häufig beschrieben, ein sinnvoller Einbezug der Bezugspflegekräfte erfolgen. Da die Pflegedienstleitung nicht in der direkten Pflege tätig ist, bietet sich aus dem Blickwinkel der Arbeitszeit hier eine weitere Teilnahme an. Eine mögliche Einbeziehung der Bezugspflegekräfte in die Pflegevisite ist im Dienstplan zu berücksichtigen.

Die bisherigen Erfahrungen der Pflegedienstleitung können in die Planung des Soll-Zustandes konstruktiv einfließen und mit den Empfehlungen aus der Literatur reflektiert werden. Aus den Erfahrungen geht hervor, dass die Ergebnisse aus der Pflegevisite sich häufiger auf die Maßnahmen zur Beseitigung körperlicher Defizite als auf Maßnahmen gegen psychische Belastungen oder Maßnahmen zur Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der BewohnerInnen beziehen. Insbesondere soll deshalb angestrebt werden, die BewohnerIn mit ihren aktuellen Bedürfnissen in ihren Pflegeprozess durch die Anwendung der Pflegevisite mit einzubeziehen. Als positiv ist zu bewerten, dass generell jeder Bewohner bei der Pflegevisite bisher schon beteiligt wurden.

### **3. Planung des Soll-Zustandes**

In der zweiten Woche der Praxisphase erfolgte die Planung des Soll-Zustandes.

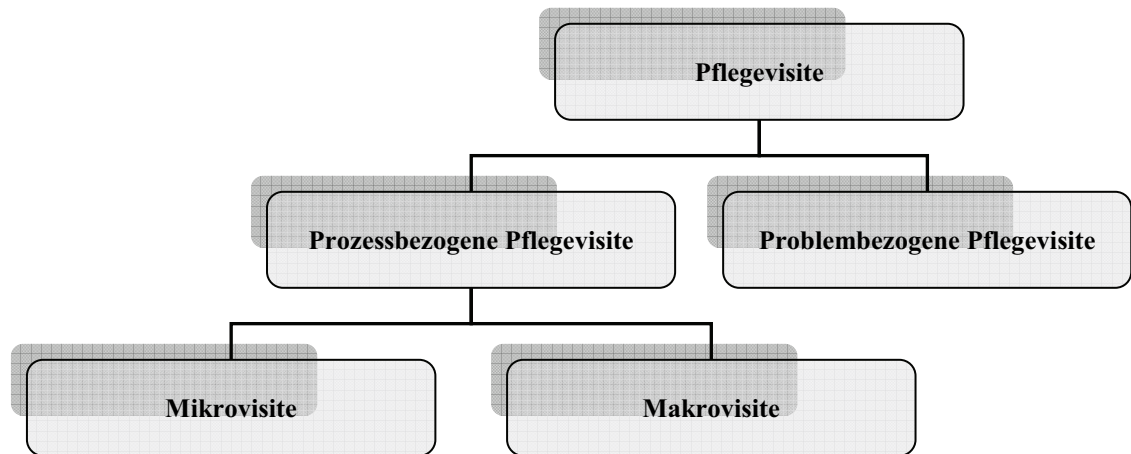
Formen, Teilnehmer, Intervalle, Anlässe sowie die Inhalte der Formulare wurden eingehend diskutiert. Hierzu wurde der Pflegedienstleitung der Stand der Fachliteratur dargestellt und es wurde besprochen, inwiefern welche Aspekte für die Wohnanlage zutreffen könnten, realisierbar und notwendig erscheinen. Die Ergebnisse der Diskussion stellen den Soll-Stand dar. Ein sich daran anschließender Soll-Ist-Vergleich bildete den Erfüllungsgrad ab. An Hand des Erfüllungsgrades konnten die Weiterentwicklungsmaßnahmen abgeleitet werden. Im Folgenden wird der Soll-Stand übersichtlich dargestellt. Beispielfhaft werden kritische Diskussionspunkte, die sich während der Auseinandersetzung mit dem Stand der Fachliteratur ergeben haben.

Zu Beginn wurden die in der Literatur beschriebenen Formen vorgestellt und besprochen. Es sollen in der Wohnanlage zukünftig folgende Formen (s. Abbildung 3) angewendet werden. Ein Diskussionspunkt war dabei der Anlass für die Problembezogene Pflegevisite. Was sich in diesem Sinne als ein „Problem“ definiert, das durch eine solche Pflegevisite eine Lösung finden kann, war nicht eindeutig. Trotz dessen wurde es als sinnvoll angesehen, für mögliche pflegerische und/oder psycho-soziale Problemstel-

## II. Die Weiterentwicklung der Pflegevisite in einer stationären Pflegeeinrichtung

lungen eine Form der Pflegevisite vorzuhalten, die nicht die Evaluierung des gesamten Pflegeprozesses benötigt.

Abbildung 3: Formen der Pflegevisite in der Wohnanlage Klütz



(Quelle: In Anlehnung an Hellmann/Kundmüller 2006 , S. 8, 48 ff.)

Im Weiteren wurden die Formen, Häufigkeit, der Ort und die Anlässe der jeweiligen Pflegevisite genauer thematisiert. In der Tabelle 4 ist übersichtlich dargestellt, welche Entscheidungen getroffen wurden.

Tabelle 4: Formen, Teilnehmer, Häufigkeit, Ort, Anlässe der Pflegevisite in der Wohnanlage Klütz

	Mikrovisite	Makrovisite
<b>Teilnehmende Personen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegedienstleitung</li> <li>• Bezugspflegekraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BewohnerIn</li> <li>• Pflegedienstleitung</li> <li>• Bezugspflegekraft</li> <li>• Angehörige, Experten</li> </ul>
<b>Häufigkeit</b>	Alle Bewohner 1x jährlich	BewohnerIn mit Pflegestufe <ul style="list-style-type: none"> <li>• I: 1x jährlich</li> <li>• II: halbjährlich</li> <li>• III: vierteljährlich</li> </ul>
<b>Ort</b>	Dienstzimmer	Wohnumfeld der BewohnerIn
<b>Anlässe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Routine</li> <li>• Sonstiges</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Routine/Wunsch</li> <li>• Nach Einzug (6 Wochen)</li> <li>• Nach Krankenhausaufenthalt</li> <li>• Akutes/belastendes Ereignis</li> <li>• Pflegezustandsveränderung</li> </ul>

Eine grundlegende Änderung stellt die Einbeziehung der Bezugspflegefachkräfte dar. Bisher hat ausschließlich die Pflegedienstleitung die Durchführung der Pflegevisite

## II. Die Weiterentwicklung der Pflegevisite in einer stationären Pflegeeinrichtung

vorgenommen. Zum einen bedeutet dies, dass die Bezugspflegefachkräfte mit dem Instrument und dessen Anwendung nicht vertraut sind. Zum anderen erfordert diese Neuerung eine Berücksichtigung im Dienstplan, denn die Pflegedienstleitung hat für diese Tätigkeit auf Grund ihrer Aufgabe der Sicherung der Pflegequalität Zeit zur Verfügung. Die Gesprächsführung soll weiterhin von der Pflegedienstleitung übernommen werden, da sie auf Erfahrungen zurückgreifen kann. Dadurch wird auch die Anforderung aus der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität (MDS 2009) erfüllt, denn die Pflegedienstleitung ist auf Grund ihrer Erfahrungen und ihrer Weiterbildungen zur Pflegevisite für die Durchführung qualifiziert. In der Literatur wird die Teilnahme der Pflegedienstleitung kritisch diskutiert. In der Einrichtung herrscht allerdings eine kollegiale und mitarbeiterorientierte Zusammenarbeit, bei der die typische Hierarchie zwischen Führungskräften und Mitarbeitern durchbrochen wird. Aus diesem Grund wird dieses Instrument von den Mitarbeitern auch nicht als „Kontrollinstrument“ wahrgenommen. Dies ergab sich auch aus der Fragerunde in der Mitarbeiterschulung.

Auch die Teilnahme von Angehörigen soll angestrebt werden, wenn dies notwendig wird, beispielsweise bei demenziell erkrankten BewohnerInnen. Bei der Häufigkeit der Pflegevisite wurde auf die bisherigen Intervalle zurückgegriffen. Eine Rechnung hat ergeben, dass es unter dem Gesichtspunkt des Einsatzes personeller Ressourcen nicht zu realisieren wäre, die Pflegevisite öfter durchzuführen. Hierbei wurde dennoch berücksichtigt, dass eine außerplanmäßige Pflegevisite stattfinden kann. Dadurch wird dieses Instrument nicht „überfordert“ und kann deshalb bei jeder BewohnerIn durchgeführt werden. Ebenfalls soll die Pflegevisite nicht bei BewohnerInnen durchgeführt werden, die in der Einrichtung zur Kurzzeitpflege sind.

Es hebt sich ein Anlass besonders hervor, bei dem eine sinnvolle Verknüpfung der Pflegevisite mit dem einrichtungsinternen Konzept zum Einzug einer BewohnerIn entsteht. Ein abschließendes Gespräch zur Eingewöhnung der BewohnerIn sollte in der Einrichtung spätestens in der sechsten Woche nach dem Einzug stattfinden. Dieses abschließende Gespräch soll als Pflegevisite und damit als Gespräch mit der BewohnerIn über ihr Wohlbefinden und ihre Zufriedenheit, als auch die zu planenden Pflegemaßnahmen durchgeführt werden. Auch die Pflegevisite anlässlich eines Krankenhausaufenthaltes bietet sich an, da der pflegerische Zustand einer BewohnerIn nach diesem Aufenthalt häufig eine hohe Pflegeintensität aufweist.

## II. Die Weiterentwicklung der Pflegevisite in einer stationären Pflegeeinrichtung

Weiterhin stellt sich eine Veränderung dar, indem die Pflegedokumentation vor dem eigentlichen Pflegevisitengespräch „visitiert“ werden soll (bei der Makrovisite). Dies ist notwendig, um das Bild aus der Pflegedokumentation in dem Gespräch mit der BewohnerIn zu überprüfen.

Bezüglich des Konzeptes, des Standards und der Dokumente der Pflegevisite wurde besprochen, dass eine Ergänzung und Anpassung an den aktuellen Stand der Fachliteratur erfolgen soll. Von dem Layout sollte dabei nicht über die Maßen abgewichen werden, denn dies wird teilweise von dem Landesverband des DRK Mecklenburg-Vorpommern e.V. vorgegeben.

Aus der Planung des Soll-Zustandes ergaben sich folgende Maßnahmen zur Erreichung des Soll-Zustandes:

- Konzept- und Standarderstellung
- Anpassung der Dokumente
- Mitarbeiterschulung.

### **4. Maßnahmen zur Erreichung des Soll-Zustandes**

In der dritten Woche der Praxisphase wurden die Maßnahmen zur Erreichung des Soll-Zustandes umgesetzt. Dazu gehörten die Konzept- und Standarderstellung sowie die Anpassung der Formulare. Um den MitarbeiterInnen, welche jetzt in der Pflegevisite mitwirken sollen, dieses Instrument näher zu bringen, wurde eine Mitarbeiterschulung durchgeführt.

#### **4.1 Konzepterstellung**

Das Kurzkonzept aus dem QMH II wurde angepasst und ergänzt. Hierbei war es wichtig, den Inhalt übersichtlich und knapp darzustellen. Dabei wurde der ehemalige Inhalt teilweise beibehalten und unter Berücksichtigung des Standards zur Pflegevisite ergänzt. (s. Anhang 1)

#### **4.2 Standarderstellung**

Da ein Standard dazu dient, ein Verfahren zu beschreiben, war es auch hier wichtig, den Umfang nicht übermäßig auszudehnen. Dabei sollte die Übersichtlichkeit beibehalten werden und die Punkte klar erkennbar sein. Die Aufteilung des Standards orientiert sich

## II. Die Weiterentwicklung der Pflegevisite in einer stationären Pflegeeinrichtung

dabei an den Formen der Pflegevisite und verweist auf das jeweils anzuwendende Dokument. Der Standard formuliert somit den Soll-Zustand der Pflegevisite in der Einrichtung. (s. Anhang 2)

### **4.3 Anpassung der Dokumente**

Ziel bei der Anpassung der Dokumente war es, diese, entsprechend den Anforderungen des MDK, anwenderfreundlich und übersichtlich zu gestalten und sie mit den einrichtungsspezifischen Anforderungen abzugleichen. Hierzu wurden Dokumente aus der Literatur recherchiert und zusammengestellt, die sich in der Praxis bewährt haben. Im Anschluss daran wurden die Inhalte und die Ausfüllform bewertet und in die Liste der Inhalte, welche die Pflegedienstleitung in der Pflegevisite bearbeiten möchte, übernommen. An Hand dieser Auswahl war es möglich, die einrichtungsspezifischen Dokumente zu erstellen. Auf Grund der Recherche nach anwenderfreundlichen und übersichtlichen Layouts hat sich ergeben, dass es nicht notwendig war, die Struktur der Formulare überwiegend zu verändern. Der Schwerpunkt wurde deshalb auf den inhaltlichen Teil gelegt.

Zum inhaltlichen Vergleich wurden unter anderem Dokumente folgender Autoren herangezogen, wobei weitestgehend darauf geachtet wurde, für die stationäre Pflege entwickelte Dokumente zu verwenden:

- HELLMANN/KUNDMÜLLER 2006, S. 30-33; 36 f.; 40 f.; 44-51
- EHMANN 2005, S. 30-35; 48-53; 58-61
- BÖLICHE et al. 2004, S. 65-71
- PANKA et al. 2004, S. 131-134
- KÖNIG 2007, S. 271-278
- KUHN et al. 2008, S. 38-39, 69-84
- PIEHLER 2000, S. 460
- KÄMMER 2001, S. 29 f.

Die Dokumente sind im Anhang 3, 4, 5 und 6 zu finden.

### **4.4 Mitarbeiterschulung**

Auf Grund dessen, dass die Pflegevisite als Qualitätssicherungsinstrument für die Mitarbeiter unbekannt ist, diese mit der Weiterentwicklung innerhalb der Pflegevisite mit-

## II. Die Weiterentwicklung der Pflegevisite in einer stationären Pflegeeinrichtung

wirken sollen, ist eine weitere Maßnahme der Weiterentwicklung die Mitarbeiterschulung. Um bei den Mitarbeitern Akzeptanz und Motivation gegenüber dem Instrument Pflegevisite zu erzielen und auf diese Weise das Gelingen der Pflegevisite zu sichern, werden die Mitarbeiter zu folgenden Inhalten einrichtungsintern geschult (s. Anhang 7):

- Definition Pflegequalität, Problem der Dreiecksbeziehung in der Pflege
- Interne Qualitätssicherung
- Definition des Pflegeprozesses und der Pflegevisite sowie der Verknüpfung
- Bedeutung der Pflegevisite im Pflegeprozess
- Notwendiges Pflegeverständnis zum Gelingen der Pflegevisite
- Ziele der Pflegevisite
- Formen der Pflegevisite, die einrichtungsintern angewandt werden sollen
- Teilnehmende Personen, Häufigkeit, Ort und Anlässe der jeweiligen Form
- Ablauf der Pflegevisite – Drei Phase: Vorbereitung, Durchführung, Nachbereitung
- Pflegeauswertung und kontinuierlicher Verbesserungsprozess
- Kompetenzen für die Durchführung des Pflegevisitengesprächs

An der Schulung nahmen fünf Pflegefachkräfte der Einrichtung sowie die Pflegedienstleitung teil. Die Schulungsdauer sollte eine Stunde nicht überschreiten und bot zum Schluss eine Fragerunde an. Diskutiert wurde beispielsweise die Frage, ob ausschließlich Fachkräfte an der Pflegevisite teilnehmen sollten. Diese Frage wurde damit beantwortet, dass die Pflegevisite zum Ziel hat, den Pflegeprozess mit der BewohnerIn gemeinsam zu gestalten. Für den Pflegeprozess verantwortlich sind die Fachkräfte.

Der Fokus der Mitarbeiterschulung lag dabei auf dem Instrument Pflegevisite. Es stellte sich heraus, dass vor allem in der Literatur Gesprächsführungskompetenzen als besonders wichtig beschrieben wurden. (GÜLTEKIN/LIEBCHEN 2003, S. 19 ff.) Der zeitliche Rahmen der Schulung wäre unter eingehender Berücksichtigung dieses Themengebietes eindeutig überlastet gewesen. Die Thematik der Kommunikation konnte insofern auch vernachlässigt werden, als dass die Pflegefachkräfte zunächst nicht das Pflegevisitengespräch moderieren. Dennoch wurde in den Fortbildungskatalog aufgenommen.

## Zusammenfassung

Die Pflegevisite kann in verschiedenen Settings eingesetzt werden: Zur Sicherung der Pflegequalität wird sie als Instrument beschrieben, das im Rahmen des Qualitätsmanagements einer stationären Pflegeeinrichtung, eines ambulanten Pflegedienstes oder einer Klinik genutzt werden kann.

Doch ein alleiniges Rezept zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der pflegerischen Leistungserbringung stellt sie nicht dar. Vielmehr muss der Pflegevisite durch verschiedene Kompetenzen, durch ein ganzheitliches Pflegeverständnis und einem gleichberechtigten Verhältnis der Teilnehmenden zum „Erfolg verholfen werden“.

Leistungserbringer wie stationäre Pflegeeinrichtungen oder ambulante Pflegedienste müssen auf Grund des weitläufigen Verständnisses zur Definition, dem Inhalt und der Art und Weise der Durchführung der Pflegevisite ein eigenes Konzept entwickeln. Dieses Konzept muss sich vor allem an Einrichtungsspezifika, wie beispielsweise die Arbeits- und Ablauforganisation, die Qualifikation der MitarbeiterInnen, die BewohnerInnen-, KlientInnen- oder PatientInnenstruktur, orientieren und diese berücksichtigen.

Schwierig erscheint für die Pflegenden noch immer die Anwendung des Pflegeprozesses in der täglichen Arbeit und die steigenden Anforderungen an die Pflegeprozessdokumentation. Der Pflegeprozess und eine gut geführte Dokumentation bilden jedoch die Grundlage der Pflegevisite – nur wenn der Pflegeprozess die Struktur der täglichen Arbeit bestimmt, kann auch die Pflegevisite gelingen. Im umgekehrten Sinne könnte die vage Hypothese angestellt werden, dass nur mit der Anwendung und der systematischen und gegenseitigen Beeinflussung der Pflegevisite der Pflegeprozess gelingen kann. Warum? Die Pflegevisite bietet im Großen und Ganzen den letzten und eigentlich unumgänglichen Schritt, gemeinsam mit der BewohnerIn ihren Pflegeprozess zu gestalten. Denn letztendlich ist die BewohnerIn diejenige, die ausschließlich das Gelingen des Pflegeprozesses beeinflusst!

Für diese Erkenntnis wird allerdings ein Umdenken erforderlich, das die BewohnerIn als Expertin ihrer Situation in den Vordergrund stellt. Ein Weg, den es sich lohnt, zu gehen.



## Literaturverzeichnis

ALTHAMMER, Th.; NOBBACH, P. (2004): Ein wichtiges Instrument für die Pflegequalität: Pflegevisite. In: *Altenheim*, 5/2004, S.39-41

BARTH, M. (2002): *Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Altenpflege*. 2. Aufl., München, Jena

BIEG, U. (1995): Theorie und Praxis der Pflegevisite. 5. Folge: Probleme der Pflegevisite. In: *Die Schwester Der Pfleger*, 3/1995, S. 208-212

BLECK, A. (1994): Theorie und Praxis der Pflegevisite. 4. Folge: Durchführung der Pflegevisite. In: *Die Schwester Der Pfleger*, 12/1994, S. 1003-1005

Bölicke, C.; Panka, Chr.; DBfK, poli.care (2004): Die Pflegevisite als Instrument interner Qualitätssicherung in der extramularen Pflege. In: HEERING, Chr. (Hrsg.) (2004a): *Das Pflegevisiten-Buch*. Bern, S. 58-72

DALIEN, E.; Kohlhammer, M. (2000): Pflegeforum – eine besondere Form der Pflegevisite. In: *Die Schwester Der Pfleger*, 2/2000, S. 138/139

DIN – Deutsches Institut für Normung (Hrsg.) (2000): *DIN EN ISO 9000*, Ausgabe Dezember 2000, Qualitätsmanagementsysteme, Grundlagen und Begriffe (ISO 9000:2000). Berlin

EHMANN, M. (2005): *Pflegevisite in der ambulanten und stationären Altenpflege*. Checklisten und Formulare für die Praxis. München

ENGEL, K. (2008): *Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen*. Die Anwendung des Resident Assessment Instruments RAI 2,0 als Qualitätsinstrument. Stuttgart

GIEBEL, M. (2007): Regelmäßige Beratung. *Altenpflege* 12/2007, S. 32-33

GÖRRES, St.; HINZ, I. M.; REIF, K. et al. (2002): Pflegevisite: Möglichkeiten und Grenzen : Eine empirische Untersuchung in den Bundesländern Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein. In: Pflege, 1/2002, S.25-32

GÜLTEKIN, J. E.; LIEBCHEN, A. (2003): Pflegevisite und Pflegeprozess. Theorie und Praxis für die stationäre und ambulante Pflege. Stuttgart

HARTL, F.; WERNISCH, D. (2006): Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen. 2. überarbeitete, ergänzte und aktualisierte Aufl., Wien

HEERING, Chr. (Hrsg.) (2004a): Das Pflegevisiten-Buch. Bern

HEERING, Chr. (2004b): Formen der Pflegevisite in der stationären Pflege. In: HEERING, Chr. (Hrsg.) (2004a): Das Pflegevisiten-Buch. Bern, S. 45-57

HEERING, Chr.; HEERING, K.; MÜLLER, B.; BODE, K. (1997): Pflegevisite und Partizipation. Wiesbaden

HEERING, Chr.; HEERING, K. (1994): Theorie und Praxis der Pflegevisite. 1. Folge: Pflegeverständnis. In: Die Schwester Der Pfleger, 5/1994, S. 372-377

HELLMANN, St.; KUNDMÜLLER, P. (2006): Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege. Checklisten für die praktische Anwendung und Schulungsunterlagen für die innerbetriebliche Fortbildung. 2., aktualisierte Aufl., Hannover

HOETH, U.; SCHWARZ, W.; KAMISKE, G. F. (Hrsg.) (2002): Qualitätstechniken für die Dienstleistung. München

HOFMANN-RÖSENER, M. (1995): Die Pflegevisite, Krankenpflege Journal 33: 125-126

## Literaturverzeichnis

---

HOLLICK, J., KERRES, A. (Hrsg.); MEINEKE-WOLF, E.; KOLBE-ALBERDI VALLEJO, Chr.; FRANK, S. (2004a): Pflegevisite. ein Praxisleitfaden für Krankenpflege im Operationsdienst und die stationäre Kranken- und Altenpflege. Stuttgart

HOLLICK, J. (2004b): Die Besonderheiten der Pflegevisite in Einrichtungen der Altenpflege. In: HOLLICK, J., KERRES, A. (Hrsg.); MEINEKE-WOLF, E.; KOLBE-ALBERDI VALLEJO, Chr.; FRANK, S. (2004): Pflegevisite. ein Praxisleitfaden für Krankenpflege im Operationsdienst und die stationäre Kranken- und Altenpflege. Stuttgart, S. 123-138

HOLLICK, J. (2004c): Die Pflegevisite. In: HOLLICK, J., KERRES, A. (Hrsg.); MEINEKE-WOLF, E.; KOLBE-ALBERDI VALLEJO, Chr.; FRANK, S. (2004b): Pflegevisite. ein Praxisleitfaden für Krankenpflege im Operationsdienst und die stationäre Kranken- und Altenpflege. Stuttgart; S. 13 - 27

KAMISKE, G. F.; BRAUER, J.-P. (2003): Qualitätsmanagement von A bis Z. Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. 4., aktual. u. ergänzte Aufl., München, Wien

KÄMMER, K. (2001): Auf Visite kommen. In: Altenpflege, 8/2001, S.28-30

KEITEL, P.; LOFFING, Chr.; KRISTEN-SEYDEL, E.-M. (2010): Qualitätsmanagement für Pflegeunternehmen. In: LOFFING, Chr.; GEISE, St. (2010): Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenpflege. Lehrbuch für Führungskräfte, Weiterbildungsteilnehmer und Studenten, 2. vollständig überarb. und erweiterte Aufl., Bern; S. 275-316

KELLNHAUSER, E. (1995): Theorie und Praxis der Pflegevisite. 8. Folge: Die Rolle der Pflegedirektorin/Pflegedienstleitung bei der Durchführung von Pflegevisiten (Schluss). In: Die Schwester Der Pfleger, 8/1995, S. 684-686

KERRES, A.; SEEBERGER, B. (2005): Gesamtlehrbuch Pflegemanagement. Heidelberg

## Literaturverzeichnis

---

KERRES, A. (2004): Psychosoziale Aspekte zur Pflegevisite. In: HOLLICK, J., KERRES, A. (Hrsg.); MEINEKE-WOLF, E.; KOLBE-ALBERDI VALLEJO, Chr.; FRANK, S. (2004b): Pflegevisite. ein Praxisleitfaden für Krankenpflege im Operationsdienst und die stationäre Kranken- und Altenpflege. Stuttgart

KOCH, F. (2007): Regelmäßige Überprüfung. In: Altenpflege, 12/2007, S.29-31

KÖNIG, J. (2007): Was die PDL wissen muss. Das etwas andere Qualitätshandbuch in der Altenpflege. 3., vollständig überarb. Aufl., Hannover

KUHN, Chr.; SCHÄFER, M.; VESER, A. (2008): Pflegevisite für Menschen mit Demenz: Praxisbeispiel und Arbeitshilfe. Frankfurt am Main

LEONI-SCHEIBER, C. (2004): Der angewandte Pflegeprozess. Wien

MARX, W. (2002): Bedeutung der Pflegevisite im Alten-/Pflegeheim. Qualitätssicherung. In: Die Schwester Der Pfleger, 1/2002, S.55-57

MELEIS, A. (1997): Die Theorieentwicklung der Pflege in den USA. In: SCHAEFFER, D. et al. (1977): Pflgetheorien Beispiele aus den USA. Bern, S. 17 - 37

MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2009): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege – 27. August 2009 – . In: MDS, GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2009): Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung. Erreichbar unter: [http://www.mds-ev.org/Dokumente\\_Formulare\\_Pflege.htm](http://www.mds-ev.org/Dokumente_Formulare_Pflege.htm), online: 23.04.2010

Panka, Chr.; Bölicke, C.; DBfK; poli.care (2004): Die Umsetzung der Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung am Beispiel einer Altenpflegeeinrichtung in Berlin. In: HEERING, Chr. (Hrsg.) (2004a): Das Pflegevisiten-Buch. Bern, S. 114-136

## Literaturverzeichnis

---

- PIEHLER, B. (2000): Noch mehr Sicherheit für BewohnerInnen und Pflegende schaffen. Richtlinien zur Pflegevisite. In: Pflegezeitschrift, 7/2000, S.457-461
- RATZ, B. (2001): Mehr als ein Besuch: Die Pflegevisite. In: Forum Sozialstation, 108/2001, S.24-27
- THONACK, R. (1986): Durchführung und Ergebnisse einer erweiterten modifizierten Pflegevisite. In: X. Kongress der Gesellschaft für Gerontologie der DDR (1986), S. 323-332
- UHDE, C. (1996): Die Pflegevisite als Instrument des Pflegemanagements. In: Pflegemanagement, 1/1996, S. 8-11
- WEIGERT, J. (2008): Der Weg zum leistungsstarken Qualitätsmanagement. Ein praktischer Leitfaden für die ambulante, teil- und vollstationäre Pflege. 2., aktual. Aufl., Hannover
- WIERZ, V. (2000): Pflegevisite. In: WIERZ, V.; SCHWARZ, A.; GERVINK, S.: Qualität in der Pflege. Beispiele aus der Praxis. Stuttgart, S.68-86 kopiert
- WIESE, U. E. (2009): Rechtliche Qualitätsvorgaben in der stationären Altenpflege. Leitfaden durch den Gesetzesdschungel. 2. Aufl., München



## Anhang

### III. Punkt 1.2.1 Pflegevisite

**Definition:** Die Pflegevisite ist ein regelmäßiger Besuch bei und ein Gespräch mit der BewohnerIn über ihren Pflegeprozess.  
(HEERING et al. 1997, S. XIV)

Die Pflegevisite dient damit der gemeinsamen

- Benennung der Pflegeprobleme und Ressourcen
- Vereinbarung der Pflegeziele
- Vereinbarung der Pflegeinterventionen
- Überprüfung der Pflege.

(HEERING/HEERING 1994 S. 376)

**Allgemein:** Die Pflegevisite steht für einen interkollegialen Austausch unter aktiver Einbeziehung der BewohnerIn, unabhängig von seinem Reaktionsgrad.

Die Pflegevisite bietet die Möglichkeit zur Erfassung der Wünsche und Bedürfnisse der BewohnerIn, die zu seinem Wohlbefinden und seiner Zufriedenheit beitragen.

Auf der Basis dieser Informationen und deren Einschätzung werden mit der BewohnerIn gemeinsam weitere (pflegerische) Maßnahmen geplant und festgelegt.

Die Pflegevisite kann auch für eine Überprüfung vorab initiiierter und realisierter (Pflege-) Maßnahmen in Bezug auf ein ausgewähltes Thema genutzt werden.

**Ziele:** Übergeordnete Ziele sind

- die Sicherstellung und Evaluierung der Pflegequalität in allen drei Qualitätsdimensionen (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) und
- die aktive Einbeziehung des Bewohners in seinen Pflegeprozess.

**Durchführung:** Die Pflegevisite wird nach dem Standard „Pflegevisite Nr. A8“, Pflegerisches Management durchgeführt.

#### QUELLENANGABEN:

HEERING, CHR.; HEERING, K.; MÜLLER, B.; BODE, K. (1997): Pflegevisite und Partizipation. Wiesbaden

HEERING, Chr.; HEERING, K. (1994): Theorie und Praxis der Pflegevisite. 1. Folge: Pflegeverständnis. In: Die Schwester Der Pfleger, 5/1994, S. 372-37

DRK- Wohnanlage „Uns Hüsung“ Klütz		Handbuch Pflege		
<b>Pflegevisite Nr. A8</b>		<b>Pflegerisches Management</b>		
		<b>Pflegevisiten sind als Arbeitsinstrument des Qualitätsmanagement regelmäßig zu nutzen</b>		
<b>Definition:</b> (MDS 2009, S. 104)		Die Pflegevisite wird als Besuch beim Bewohner durchgeführt und dient u.a. der Erörterung des Befindens des Pflegebedürftigen, seiner individuellen Wünsche und seiner Zufriedenheit mit der Pflegeeinrichtung sowie der Erstellung, kontinuierlichen Bearbeitung und Kontrolle der Pflegeplanung sowie -dokumentation.		
<b>Ziele:</b>		<p>Bewohnerbezogen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aktive Einbeziehung in ihren eigenen Pflegeprozess</li> <li>▪ Steigerung der Motivation zur Einbringung eigener Ressourcen</li> <li>▪ Vermeidung und Abbau von Unsicherheiten und Ängsten</li> <li>▪ Zufriedenheitssteigerung</li> </ul> <p>Mitarbeiterbezogen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Möglichkeit des Austauschs und der Evaluation der eigenen Arbeit</li> <li>▪ Bestätigung und Sicherheit der eigenen Arbeit</li> <li>▪ Verstehen lernen von Befinden und Bedürfnissen des Bewohners</li> </ul> <p>Pflegedienstleitung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erfassung und Sicherstellung der Pflegequalität</li> <li>▪ Entdeckung von Fortbildungsbedarf</li> </ul>		
<b>Formen:</b>		<pre> graph TD     A[Pflegevisite] --&gt; B[Prozessbezogene]     A --&gt; C[Problembezogene]     B --&gt; D[Mikrovisite]     B --&gt; E[Makrovisite]             </pre>		
<b>Prozessbezogene Pflegevisite – MIKROVISITE</b>		Überprüfung des Teilbereiches Pflegeprozessdokumentation mit den Zielen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lückenloser Informationsfluss</li> <li>▪ Prozessorientierte Pflegeplanung</li> <li>▪ Rechtliche Absicherung</li> <li>▪ Erfüllung gesetzlicher Vorgaben</li> </ul>		
Freigabe	Bearbeiter	Datum	Standard	Seite
..... Leiter/in der Wohnanlage Pflegedienstleiter/in	PDL Q-Arbeitsgruppe	22.02.2010	A8	



<p><b>Teilnehmende Personen:</b></p> <p><b>Häufigkeit:</b></p> <p><b>Ort:</b></p> <p><b>Anlässe:</b></p> <p><b>Durchführung:</b></p>	<p>Pflegedienstleitung und Bezugspflegefachkraft</p> <p>alle Bewohner 1x jährlich</p> <p>Dienstzimmer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Routine</li> <li>▪ Sonstiges (bspw. bei neuen Mitarbeiter während/nach Einarbeitungs-/Probezeit)</li> </ul> <p>➡ Ausfüllen des Dokuments „MIKROVISITE“</p>
<p><b>Prozessbezogene Pflegevisite – MAKROVISITE</b></p> <p><b>Teilnehmende Personen(Rolle):</b></p> <p><b>Häufigkeit:</b></p> <p><b>Ort:</b></p> <p><b>Anlässe:</b></p> <p><b>Planung:</b></p> <p><b>Vorbereitung:</b></p>	<p>Überprüfung des gesamten Pflegeprozesses</p> <p>BewohnerIn, Pflegedienstleitung (Gesprächsführung), Bezugspflegekraft; nach Bedarf Angehörige, Betreuer, Arzt/Therapeuten</p> <p>BewohnerInnen mit Pflegestufe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I : 1x jährlich</li> <li>▪ II: halbjährlich</li> <li>▪ III: vierteljährlich</li> </ul> <p>Wohnumfeld der/des BewohnerIn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Routine/Wunsch/Beschwerde</li> <li>▪ nach Einzug (6 Wochen, als abschließendes Eingewöhnungsgespräch)</li> <li>▪ nach Krankenhausaufenthalt</li> <li>▪ Akutes/belastendes Ereignis</li> <li>▪ Pflegezustandsveränderung</li> </ul> <p>durch die Pflegedienstleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terminsetzung &amp; Freistellung der Bezugspflegekraft mit Berücksichtigung im Dienstplan</li> <li>▪ Information der beteiligten Personen</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dienstzimmer: Recherche der Pflegeprozessdokumentation ➡ Ausfüllen des Dokuments „MAKROVISITE - Teil A“</li> <li>▪ Vorbereitung dient dazu, das durch die Pflegeprozessdokumentation beschriebene Bild des Bewohners zu erfassen</li> <li>▪ Dieses Bild des Bewohners steht auf dem Prüfstand</li> </ul>

Freigabe	Bearbeiter	Datum	Standard	Seite
..... Leiter/in der Wohnanlage Pflegedienstleiter/in	PDL Q-Arbeitsgruppe	22.02.2010	A8	

<b>Durchführung:</b>	<p>eigentliches Pflegevisitengespräch mit dem Bewohner</p> <p>➔ Dokument „MAKROVISITE – Teil B“ dient als Leitfaden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Begrüßung und einleitende Worte</li> <li>▪ Gesprächsführung übernimmt Pflegedienstleitung, Bezugspflegefachkraft steht für Fragen und Anmerkungen zur Verfügung</li> <li>▪ Das Dokument wird nicht ausgefüllt, Notizen sollen dem Bewohner erläutert werden</li> </ul>
<b>Nachbereitung:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sollte im Anschluss an das Pflegevisitengespräch durchgeführt werden</li> <li>▪ Möglicherweise ist die Teilnahme der Wohnbereichsleitung erforderlich</li> </ul> <p><b>1. Teil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewertung des formalen Ablaufs des Pflegevisitengesprächs</li> <li>▪ Was war gut, schlecht, verbesserungswürdig?</li> </ul> <p><b>2. Teil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gegenüberstellung des Ist-Zustandes mit der Pflegeplanung</li> <li>▪ Maßnahmenerstellung durch Bezugspflegekraft und Reflexion in der Pflegeplanung</li> <li>▪ Umsetzungsmodalitäten klären</li> </ul> <p>➔ Dokument „MAKROVISITE – Teil B“ wird ausgefüllt</p> <p><b>3. Teil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bezugspflegefachkraft erhält Rückmeldung zu ihrer Arbeit</li> <li>▪ Möglichkeit der Bezugspflegefachkraft, Rückmeldungen an die Pflegedienstleitung zu geben</li> </ul> <p><b>Zum Schluss:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nochmals Maßnahmen, Verantwortliche und Fristen besprechen</li> <li>▪ Zeitpunkt der Überprüfung der Umsetzung wird im Dokument festgehalten</li> <li>▪ Durchführung der Pflegevisite wird im Berichtsteil in „TOM“ dokumentiert</li> <li>▪ Danach erfolgt die Ablage der Dokumente in der Bewohnerakte</li> </ul>
<b>Problembezogene Pflegevisite</b>	<p>Diese Visitenform findet Anwendung bei pflegerischen und/oder psycho-sozialen Problemstellungen, die einer schnellen Lösungsfindung bedürfen und nicht durch eine Makro-Pflegevisite geklärt werden müssen.</p>

Quelle: MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2009): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege – 27. August 2009 – . In: MDS, GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2009): Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung. Erreichbar unter: [http://www.mds-ev.org/Dokumente\\_Formulare\\_Pflege.htm](http://www.mds-ev.org/Dokumente_Formulare_Pflege.htm)

Freigabe	Bearbeiter	Datum	Standard	Seite
..... Leiter/in der Wohnanlage Pflegedienstleiter/in	PDL Q-Arbeitsgruppe	22.02.2010	A8	

## Pflegevisite – als interne Maßnahme der Qualitätssicherung

MIKROVISITE (prozessbezogen)

### Pflegedokumentation

#### 1. Allgemeine Daten

##### 1.1 BewohnerIn

Vor-/Nachname: \_\_\_\_\_ Einzugsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/Alter: \_\_\_\_\_ Wohnbereich: \_\_\_\_\_

Pflegestufe: \_\_\_\_\_

##### 1.2 Anlass

Routine  Sonstiges: \_\_\_\_\_

##### 1.3 „Visiteure“

Name: \_\_\_\_\_  PDL  Bezugspflegekraft

Name: \_\_\_\_\_  PDL  Bezugspflegekraft

Name: \_\_\_\_\_  Angehörige/r  BetreuerIn  \_\_\_\_\_

##### 1.4 Datum/Uhrzeit

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

#### 2. Pflegedokumentation

Frage	Ja	Nein	Bemerkungen (B) / Maßnahmen (M)
Ist das <b>Stammdatenblatt</b> vollständig ausgefüllt?			
Ist die <b>Anamnese</b> vollständig ausgefüllt?			
Ist eine <b>Biografie</b> angelegt?			
Wird „ <b>übergaberelevant</b> “ in TOM bei Berichten angekreuzt, d.h. auch als gelesen abgehakt?			
Liegt ein <b>Mobilisationsplan</b> vor?			
Wird ein <b>Sturzrisiko</b> mittels Skala geführt?			
Wird ein <b>Lagerungsprotokoll</b> geführt?			
Wird ein <b>Trinkprotokoll</b> eingesetzt?			
Wird die <b>Inkontinenzversorgung</b> dokumentiert?			
Werden <b>Dekubitalgeschwüre</b> erfasst?			

### Anhang 3: Dokument Mikrovisite

Werden <b>Wunddokumentationen</b> vorgenommen?			
Sind die <b>behandlungs- pflegerischen Maßnahmen</b> in der Dokumentation eindeutig erkennbar?			
Sind vorhandene <b>Hilfsmittel</b> dokumentiert?			
Sind evtl. <b>Betreuungen</b> bzw. <b>gerichtliche Maßnahmen</b> eingetragen?			

### 3. Pflegeplanung

Frage	Ja	Nein	Bemerkungen (B) / Maßnahmen (M)
Sind die <b>Probleme</b> detailliert (Symptome, Ursachen) dargestellt?			
Sind die <b>Ziele</b> realistisch gesetzt?			
Sind die Ziele als <b>Nah- u. Fernziele</b> formuliert?			
Werden <b>Ressourcen</b> berücksichtigt und dokumentiert?			
Sind Bewohner, Angehörige und Betreuer mit einbezogen?			
Sind die <b>Maßnahmen</b> individuell angepasst und dadurch realisierbar?			
Wurden <b>Wünsche</b> und <b>Bedürfnisse</b> d. BW in die Maßnahmen mit einbezogen?			
Werden benötigte <b>Hilfsmittel</b> in den Maßnahmen benannt?			
Werden <b>Pflegestandards</b> in die Planung mit einbezogen?			
Stimmen die Probleme mit der <b>aktuellen Pflegesituation</b> überein?			
Werden <b>beendete Maßnahmen</b> auch abgesetzt?			
Wird die <b>Planung</b> im vorgegebenen <b>Rhythmus</b> evaluiert?			
Ist nachvollziehbar, wer die Maßnahmen durchgeführt hat?			
Wird ersichtlich, wenn <b>Maßnahmen</b> nicht – und warum sie nicht – durchgeführt wurden?			
Sind die erforderlichen <b>Prophylaxen</b> aufgeführt? (Dekub., Kontrak., Sturz, Pneum., Throm., Intertr., Obsti., Exsik., Soor-/Paro.)			

#### 4. Pflegebericht

Frage	Ja	Nein	Bemerkungen (B) / Maßnahmen (M)
Werden die <b>Wirkungen</b> von Maßnahmen dokumentiert?			
Werden <b>Reaktionen</b> und <b>Empfinden</b> des Bewohners auf die Maßnahme dokumentiert?			
Sind im Pflegebericht <b>Veränderungen des Zustandes</b> ersichtlich?			
Lässt sich der <b>aktuelle Zustand</b> des Bewohners anhand der Eintragungen ablesen?			
Ist der <b>Bericht wertfrei</b> und <b>nachvollziehbar</b> formuliert?			
Wird im vorgegebenen Rhythmus berichtet?			
Werden neu auftretende <b>Probleme</b> dokumentiert?			
Wird ein <b>akutes Ereignis</b> festgehalten?			
Wird eine <b>Krankenseinweisung</b> dokumentiert?			

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en der PDL/Bezugspflegekraft

**Zur Kenntnis genommen:**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der WBL

<b>Umsetzung der Maßnahmen bis:</b> _____ <div style="text-align: center;">Datum</div>	<b>durch:</b> <input type="checkbox"/> PDL <input type="checkbox"/> Bezugspflegekraft
<b>Auswertung:</b> _____ _____ _____ _____	
_____ Datum, Unterschrift der PDL	

## Pflegevisite – als interne Maßnahme der Qualitätssicherung

### MAKROVISITE (prozessbezogen)

#### Teil A - Pflegedokumentation

### 1. Allgemeine Daten

#### 1.1 BewohnerIn

Vor-/Nachname: \_\_\_\_\_ Einzugsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/Alter: \_\_\_\_\_ Wohnbereich: \_\_\_\_\_

Pflegestufe: \_\_\_\_\_

#### 1.2 Anlass

Routine  Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### 1.3 „Visiteure“

Name: \_\_\_\_\_  PDL  Bezugspflegekraft

Name: \_\_\_\_\_  PDL  Bezugspflegekraft

Name: \_\_\_\_\_  Angehörige/r  BetreuerIn  \_\_\_\_\_

#### 1.4 Datum/Uhrzeit/Dauer der Pflegevisite

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min

### 2. Pflegedokumentation

Frage	Ja	Nein	Bemerkungen (B) / Maßnahmen (M)
Ist das <b>Stammdatenblatt</b> vollständig ausgefüllt?			
Ist die <b>Anamnese</b> vollständig ausgefüllt?			
Ist eine <b>Biografie</b> angelegt?			
Wird „ <b>übergaberelevant</b> “ in TOM bei Berichten angekreuzt, d.h. auch als gelesen abgehakt?			
Liegt ein <b>Mobilisationsplan</b> vor?			
Wird ein <b>Sturzrisiko</b> mittels Skala geführt?			
Wird ein <b>Lagerungsprotokoll</b> geführt?			
Wird ein <b>Trinkprotokoll</b> eingesetzt?			
Wird die <b>Inkontinenzversorgung</b> dokumentiert?			
Werden <b>Dekubitalgeschwüre</b> erfasst?			

## Anhang 4: Dokument Teil A Makrovsite

Werden <b>Wurddokumentationen</b> vorgenommen?			
Sind die <b>behandlungs- pflegerischen Maßnahmen</b> in der Dokumentation eindeutig erkennbar?			
Sind vorhandene <b>Hilfsmittel</b> dokumentiert?			
Sind evtl. <b>Betreuungen</b> bzw. <b>gerichtliche Maßnahmen</b> eingetragen?			

### 3. Pflegeplanung

Frage	Ja	Nein	Bemerkungen (B) / Maßnahmen (M)
Sind die <b>Probleme</b> detailliert (Symptome, Ursachen) dargestellt?			
Sind die Ziele als <b>Nah- u. Fernziele</b> formuliert?			
Werden <b>Ressourcen</b> berücksichtigt und dokumentiert?			
Werden benötigte <b>Hilfsmittel</b> in den Maßnahmen benannt?			
Werden <b>Pflegestandards</b> in die Planung mit einbezogen?			
Werden <b>beendete Maßnahmen</b> auch abgesetzt?			
Wird die <b>Planung</b> im vorgegebenen <b>Rhythmus</b> evaluiert?			
Ist nachvollziehbar, wer die Maßnahmen durchgeführt hat?			
Wird ersichtlich, wenn <b>Maßnahmen</b> nicht – und warum sie nicht – durchgeführt wurden?			
Sind die erforderlichen <b>Prophylaxen</b> aufgeführt? (Dekub., Kontrak., Sturz, Pneum., Throm., Inter., Obst., Exsik., Soor-/Paro.			

### 4. Pflegebericht

Frage	Ja	Nein	Bemerkungen (B) / Maßnahmen (M)
Werden die <b>Wirkungen</b> von Maßnahmen dokumentiert?			
Werden <b>Reaktionen</b> und <b>Empfinden</b> des Bewohners auf die Maßnahme dokumentiert?			
Sind im Pflegebericht <b>Veränderungen des Zustandes</b> ersichtlich?			

Anhang 4: Dokument Teil A Makrovisite

Ist der <b>Bericht wertfrei und nachvollziehbar</b> formuliert?			
Wird im vorgegebenen Rhythmus berichtet?			
Wird ein <b>akutes Ereignis</b> festgehalten?			
Wird eine <b>Krankenseinweisung</b> dokumentiert?			

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en der PDL/Bezugspflegekraft

**Zur Kenntnis genommen:**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der WBL

<b>Umsetzung der Maßnahmen bis:</b> _____ Datum	<b>durch:</b> <input type="checkbox"/> PDL <input type="checkbox"/> Bezugspflegekraft
<b>Auswertung:</b> _____ _____ _____ _____	
_____ Datum, Unterschrift der PDL	



## Pflegevisite – als interne Maßnahme der Qualitätssicherung

### MAKROVISITE (prozessbezogen)

#### Teil B - Bewohnervisite

### 1. Allgemeine Daten

#### 1.1 BewohnerIn

Vor-/Nachname: \_\_\_\_\_ Einzugsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/Alter: \_\_\_\_\_ Wohnbereich: \_\_\_\_\_

Bewohner ist informiert (eingewilligt): \_\_\_\_\_ Pflegestufe: \_\_\_\_\_

Evtl. anwesende Bezugsperson: \_\_\_\_\_

#### 1.2 Datum/Uhrzeit/Dauer der Pflegevisite

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min

### 2. Umgebungsbeobachtung

Persönliche Gegenstände/Einrichtung: \_\_\_\_\_

Sicherheit: \_\_\_\_\_

Sauberkeit/Ordentlichkeit: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 3. Aktueller Pflegezustand

Frage	Bemerkungen (B) / Maßnahmen (M)
<b>Erscheinungsbild Kleidung:</b> <input type="checkbox"/> gepflegt <input type="checkbox"/> sauber <input type="checkbox"/> schmutzig <input type="checkbox"/> kaputt	
<b>Erscheinungsbild Haarpflege:</b> <input type="checkbox"/> in Form <input type="checkbox"/> nach Zufriedenheit der BW <input type="checkbox"/> sauber <input type="checkbox"/> fettig	
<b>Hautzustand:</b> <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> schuppig <input type="checkbox"/> fett-glänzend <input type="checkbox"/> Dekubitus-/Exsikkosegefahr <input type="checkbox"/> Ödeme/Wunden	
<b>Nägel:</b> <input type="checkbox"/> sauber <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> lang <input type="checkbox"/> schmutzig	

## Anhang 5: Dokument Teil B Makrovsite

<b>Zahn-, Mund-, Prothesenpflege:</b> <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> sauber <input type="checkbox"/> Beläge <input type="checkbox"/> gerötet <input type="checkbox"/> Druckstellen	
<b>Ernährungszustand:</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> kachektisch <input type="checkbox"/> adipös <input type="checkbox"/> Eiweißreiche Nahrung (Dekubiti) <input type="checkbox"/> Kalorienreiche Nahrung	
<b>Mobilität:</b> <input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> auf Hilfsmittel angewiesen	
<input type="checkbox"/> <b>Kontinenz</b> <input type="checkbox"/> <b>Inkontinenz:</b> <input type="checkbox"/> Harn <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Ein-Vorlagen <input type="checkbox"/> Slip	
<b>Versorgung:</b> <input type="checkbox"/> Anus praeter <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Tracheostoma	
<b>Kommunikation/psychische Situation:</b> <input type="checkbox"/> Mimik & Gestik <input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> desorientiert <input type="checkbox"/> depressive Stimmungslage	
<b>Persönliche Probleme des Bewohners</b>	

### 4. Zufriedenheit der/des BewoherIn (Bedürfnisse, Wünsche)

Frage	Ja	Nein	Bemerkungen (B) / Maßnahmen (M)
<b>Ernährung</b>			
Entspricht die Speiserversorgung Ihren Wünschen/Bedürfnissen?			
Haben Sie genügend Zeit zum Essen?			
Bekommen Sie Ihrer Meinung nach ausreichend Trinken angeboten?			

Anhang 5: Dokument Teil B Makrovisite

<b>Personal</b>			
Wird vor Eintritt in Ihr Zimmer angeklopft?			
Fühlen Sie sich durch die MA gut informiert und beraten über pflegerische Maßnahmen? Anleitung gut?			
Möchten Sie noch etwas über die MA anmerken?			
<b>Soziale Betreuung</b>			
Entsprechen die Beschäftigungsangebote Ihren Wünschen/Bedürfnissen?			
<b>Tägliche Aktivitäten</b>			
Wird die Körperpflege nach Ihren Wünschen erbracht?			
Werden Sie in Ihrer Mobilität entsprechend unterstützt?			
<b>Befinden</b>			
Fühlen Sie sich hier sicher/wohl?			
Was gefällt Ihnen nicht?			
Haben Sie noch andere Wünsche?			
Was können wir besser machen?			

## 5. Beurteilung der Pflege

<b>a) Erhebung des Assessments im Gespräch überprüfen mittels folgender Fragen</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Stimmt das Bild der/des BewohnerIn mit dem Bild der erhobenen Informationen überein?		
Stimmen die bereits erhobenen Probleme mit der aktuellen Pflegesituation überein?		
Gibt es neu aufzunehmende Probleme?		
Sind die Ressourcen genügend berücksichtigt?		

<b>b) Analyse der Pflegeziele</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Sind die Ziele für den BW realistisch und angemessen?		
Sind die Ziele präzise und überprüfbar?		
Welche Kurz- und Fernziele werden mit der/dem BewohnerIn vereinbart?		
Simmt die Zielformulierung der Pflegekräfte mit der des BW überein?		

<b>c) Planung der Pflegemaßnahmen</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Entsprechend den Problemen, Ressourcen, Zielen müssen welche Maßnahmen angepasst/geplant werden?		
Welche Prophylaxen sind erforderlich?		

Anhang 5: Dokument Teil B Makrovisite

Welche individuelle Vorlieben, Gewohnheiten im Rahmen der Maßnahmen müssen berücksichtigt werden?		
Sind die Maßnahmen individuell angepasst und dadurch realisierbar?		
Sollten Angehörigen/Betreuer miteinbezogen werden?		

e) Beurteilung der Pflege	Ja	Nein
Wurden Pflegestandards individuellen Maßnahmen angepasst?		
Wurde das Ergebniskriterium benutzter Standards erreicht?		
Erzielen die Maßnahmen Wirkung?		
Ist der BW zufrieden mit der Pflege?		

Zur Kenntnis genommen: \_\_\_\_\_  
 Unterschrift/en der PDL/Bezugspflegekraft

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der WBL

<b>Umsetzung der Maßnahmen bis:</b> _____ Datum	<b>durch:</b> <input type="checkbox"/> PDL <input type="checkbox"/> Bezugspflegekraft
<b>Auswertung:</b> _____ _____ _____ _____	
_____ Datum, Unterschrift der PDL	

## Pflegevisite – als interne Maßnahme der Qualitätssicherung

### *Pflegevisite (problembezogen)*

#### 1. Allgemeine Daten

##### 1.1 BewohnerIn

Vor-/Nachname: \_\_\_\_\_ Einzugsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum/Alter: \_\_\_\_\_ Wohnbereich: \_\_\_\_\_  
Bewohner ist informiert (eingewilligt): \_\_\_\_\_ Pflegestufe: \_\_\_\_\_  
Evtl. anwesende Bezugsperson: \_\_\_\_\_

##### 1.2 Problemauftritt

- Außergewöhnliches, belastendes Ereignis: \_\_\_\_\_  
festgestellt durch \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
(Person) (Datum) (Tätigkeit)
- Wunsch oder  Beschwerde  
 der/des BewohnerIn oder  der/des Angehörigen/BetreuerIn: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

##### 1.3 „Visiteure“

Name: \_\_\_\_\_  PDL  Bezugspflegekraft  
Name: \_\_\_\_\_  PDL  Bezugspflegekraft  
Name: \_\_\_\_\_  Angehörige/r  BetreuerIn  \_\_\_\_\_

##### 1.4 Datum/Uhrzeit/Dauer der Pflegevisite

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min

#### 2. Problembeschreibung

##### 2.1 Problemschilderung aus Sicht der Bewoherin/des Bewohners


##### 2.2 Anmerkungen der Pflegeperson


**3. Ausarbeitung der Ressourcen aus Sicht der Bewohnerin/des Bewohners**


**4. Vereinbarungen über Nah- und Fernziele**


**5. Planung der Maßnahmen**


Zur Kenntnis genommen:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en der PDL/Bezugspflegekraft

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der WBL

<b>Umsetzung der Maßnahmen bis:</b> _____ Datum	<b>durch:</b> <input type="checkbox"/> PDL <input type="checkbox"/> Bezugspflegekraft
<b>Auswertung:</b> _____ _____ _____	
_____ Datum, Unterschrift der PDL	

# Die Pflegevisite als Qualitätsmanagementinstrument



Angie Peth  
24.02.2010



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences



## Gliederung

### Von Qualität und Pflege

1. Interne Qualitätssicherung
2. Definitionen
3. Bedeutung der Pflegevisite im Pflegeprozess
4. Pflegeverständnis
5. Ziele der Pflegevisite
6. Formen der Pflegevisite
7. Ablauf der Pflegevisite
8. Kompetenzen für die Durchführung

### Zusammenfassung



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences





# Von Qualität und Pflege

## Pflegequalität:

*„Übereinstimmung zwischen der wirklichen Pflege  
und den zuvor dafür formulierten Standards und Kriterien“*

(Hellmann/Kundmüller 2006, S. 9)

## Problem der Dreiecksbeziehung:

- **Qualität aus Sicht des Bewohners**
- **Qualität aus Sicht des Gesetzgebers**
- **Zielsetzung des Trägers/der Einrichtung**



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences



# 1. Interne Qualitätssicherung

Qualitätssicherung umfasst alle  
Maßnahmen einer Einrichtung, die der  
Schaffung und Verbesserung der Qualität  
dienen. Interne Maßnahmen sind:

- **Qualitätszirkel**
- **Teambesprechungen**
- **Standardentwicklung**
- **Pflegevisiten** (Hellmann/Kundmüller 2006, S. 10)



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences



## 2. Definitionen

### Pflegeprozess:

**„Der Pflegeprozess ist die geplante Pflege unter Einbeziehung ersichtlicher und zu erwartender Pflegeprobleme und der Fähigkeiten und Kräfte des Pflegeempfängers sowie eventuell seiner Angehörigen bzw. Bezugspersonen.“** (Gültekin/Liebchen 2003 S.14f.)

in folgenden Schritten:

- Informationssammlung
- Feststellung von Problemen/ Ressourcen
- Benennung der Pflegeziele
- Planung der Pflegemaßnahmen
- Durchführung der Pflegemaßnahmen
- Beurteilung der Pflege

### Pflegevisite:

**„Die Pflegevisite ist ein regelmäßiger Besuch bei und ein Gespräch mit der/dem BewohnerIn über ihren/seinen Pflegeprozess. Sie dient der gemeinsamen**

- **Benennung der Pflegeprobleme/ Ressourcen**
- **Vereinbarung der Pflegeziele**
- **Vereinbarung der Pflegeinterventionen**
- **Überprüfung der Pflege.“**

(Heering/Heering 1994 S. 376)



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences



Deutsches  
Rotes  
Kreuz

## 3. Bedeutung der Pflegevisite im Pflegeprozess



©Gültekin/Liebchen 2003 S. 33



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences



Deutsches  
Rotes  
Kreuz

## 4. Pflegeverständnis

### Menschenbild

„Der Bewohner wird als denkende,  
fühlende und wollende Persönlichkeit mit  
eigener Verantwortungsfähigkeit  
respektiert.“

(Heering/Heering 1994, S. 376)



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences



## 5. Ziele der Pflegevisite

### Pflegequalität

- ✓ Prüfung der Wirksamkeit der Pflegeplanung
- ✓ Entgegennahme von Kritik und Anregungen bezüglich der Dienstleistung

### Wirtschaftlichkeit

- ✓ Erkennen von verdeckten Ressourcen
- ✓ Erkennen von Schwachstellen

Hellmann/Kundmüller 2006, S. 111

### Pflegefachkräfte

- ✓ Möglichkeit des Austauschs und der Evaluation der eigenen Arbeit
- ✓ Befinden und Bedürfnisse der Bewohner besser verstehen lernen

### Bewohner

- ✓ Einbeziehung und Mitwirkung des Bewohners in seinen Pflegeprozess
- ✓ Ermittlung der Angemessenheit des Pflegeangebots
- ✓ Ermittlung der aktuellen Pflegebedürftigkeit



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences





## 6. Formen der Pflegevisite



Hellmann/Kundmüller 2006, S. 8, 48 ff.



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences



## 6. Formen der Pflegevisite

	Mikrovisite	Makrovisite
Teilnehmende Personen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PDL</li> <li>▪ Bezugspflegekraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PDL</li> <li>▪ Bezugspflegekraft</li> <li>▪ Bewohner/Angehörige/Betreuer</li> </ul>
Häufigkeit	Alle Bewohner 1x jährlich	Bewohner mit Pflegestufe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I : 1x jährlich</li> <li>▪ II: halbjährlich</li> <li>▪ III: vierteljährlich</li> </ul>
Ort	Schwesterzimmer	Wohnumfeld des Bewohners
Anlässe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Routine</li> <li>▪ Sonstiges</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Routine/Wunsch</li> <li>▪ nach Einzug (6 Wochen)</li> <li>▪ nach Krankenhausaufenthalt</li> <li>▪ akutes/belastendes Ereignis</li> <li>▪ Pflegezustandsveränderung</li> </ul>



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences



## 7. Ablauf der Pflegevisite

### 3 Phasen:

1. Vorbereitung
2. Durchführung
3. Nachbereitung



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences



## 7. Ablauf der Pflegevisite

### 1. Phase: Vorbereitung

- 30 min. – 15 min. vor dem Pflegevisitengespräch wird der Teil A (Pflegedokumentation) ausgefüllt
- Die Recherche der Pflegeplanung und -berichte dient dazu, mit einem „Ist-Stand-Bild“ den Bewohner zu besuchen
- Dieses „Ist-Stand-Bild“ steht auf dem Prüfstand!



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences



## 7. Ablauf der Pflegevisite

### 2. Phase: Durchführung

- Begrüßung und einleitende Worte, warum das Gespräch stattfindet
- Gespräch findet auf Augenhöhe statt, für eine entspannte Atmosphäre ist die Sitzhaltung dienlich
- Gesprächsleitung findet durch PDL statt
- Bezugspflegerkraft motiviert den Bewohner bzw. merkt an, wenn mögliche Ressourcen/Probleme vergessen oder übersehen werden könnten, steht für Fragen seitens des Bewohners/der PDL zur Verfügung
- Als Leitfaden ist Teil B anzuwenden
- Die Protokollführung erfolgt nach dem Gespräch und nicht bei dem Bewohner, wenn Notizen gemacht werden, sollte dies dem Bewohner erklärt werden
- Sollte sich während des Gesprächs ein akutes Problem ergeben, soll diesem der Vorrang in dem Gespräch eingeräumt werden und die Pflegevisite zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences



## 7. Ablauf der Pflegevisite

### 3. Phase: Nachbereitung

- 1. Teil:** Bewertung des formalen Ablaufs des Pflegevisitengesprächs
- 2. Teil:** Gegenüberstellung des Ist-Zustandes mit der Pflegeplanung; Maßnahmeplanerstellung durch Bezugspflegerkraft und Umsetzungsmodalitäten klären
- 3. Teil:** MA erhalten Rückmeldung zu ihren Leistungen; Möglichkeit der MA, Rückmeldungen an die PDL zu geben

#### **Zum Schluss:**

nochmals Maßnahmen, Verantwortliche und Fristen besprechen

Ehmann 2005, S. 29



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences





## 7. Pflegeauswertung und kontinuierlicher Verbesserungsprozess



## 8. Kompetenzen für die Durchführung

- Hilfreiche Grundhaltungen
- Persönliche, Sozial-, Methoden-, Sach(Fach)kompetenz (Gültekin/Liebchen 2003, S. 19)
- Aufmerksamkeit gegenüber verbaler und nonverbaler Kommunikation

## Zusammenfassung

- Pflegevisite als Qualitätsmanagementinstrument
- Primäres Ziel: Einbeziehung des Bewohners in den Pflegeprozess
- Möglichkeit zur Bewertung der eigenen Arbeit und Verbesserung
- Zufriedenheitssteigerung



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences



## Literaturangaben

- BARTH, M. (2002): Qualitätsentwicklung und –sicherung in der Altenpflege. 2. Aufl., München, Jena
- EHMANN, M. (2005): Pflegevisite in der ambulanten und stationären Altenpflege. Checklisten und Formulare für die Praxis. München
- GÜLTEKIN, J. E.; LIEBCHEN, A. (2003): Pflegevisite und Pflegeprozess. Theorie und Praxis für die stationäre und ambulante Pflege. Stuttgart
- HEERING, Chr.; HEERING, K. (1994): Theorie und Praxis der Pflegevisite. 1. Folge: Pflegeverständnis. In: Die Schwester Der Pfleger, 5/1994, S. 372-377
- HELLMANN, St.; KUNDMÜLLER, P. (2006): Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege. Checklisten für die praktische Anwendung und Schulungsunterlagen für die innerbetriebliche Fortbildung. 2., aktualisierte Aufl., Hannover
- HOLLICK, J., KERRES, A. (Hrsg.); MEINEKE-WOLF, E.; KOLBE-ALBERDIVALLEJO, Chr.; FRANK, S. (2004): Pflegevisite. ein Praxisleitfaden für Krankenpflege im Operationsdienst und die stationäre Kranken- und Altenpflege. Stuttgart
- WIERZ, V. (2000): Pflegevisite. In: Wierz, V.; Schwarz, A.; Gervink, S.: Qualität in der Pflege. Beispiele aus der Praxis. Stuttgart, S.68-86



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences





### III. Punkt 1.2.1 Pflegevisite

#### Allgemein:

Die Pflegevisite steht für einen interkollegialen Austausch unter aktiver Einbeziehung des Bewohners, unabhängig von seinem Reaktionsgrad.

Die Pflegevisite bietet einen Rahmen für die Erfassung und Wünsche des Bewohners, die zu seinem Wohlbefinden und seiner Zufriedenheit beitragen.

Auf der Basis dieser Informationen und deren Einschätzung werden mit dem Bewohner zusammen weitere (pflegerische) Maßnahmen geplant und festgelegt.

Die Pflegevisite kann auch für eine Überprüfung vorab initiiertes und realisierter (Pflege) Maßnahmen in Bezug auf ein ausgewähltes Thema genutzt werden.

#### Ziele:

- Sicherung der pflegerischen Qualität
- Abgleich der bestehenden Pflegeplanung
- Erkennen und Besprechen von besonderen und individuellen Pflegeproblemen
- Sicherheit für Mitarbeiter / Vorgesetzte
- Selbstkontrolle der eigenen Leistungsfähigkeit
- Steigerung der Zufriedenheit des Bewohners und der Transparenz des Pflegeprozesses für alle Beteiligten

#### Durchführung:

Die Pflegevisite wird nach dem Standard „Pflegevisite Nr. 1“, Pflegerisches Management durchgeführt.

DRK- Wohnanlage „Uns Hüsung“ Klütz		Handbuch Pflege		
<b>Pflegevisite Nr. A8</b>		<b>Pflegerisches Management</b>		
		<b>Pflegevisiten sind als Arbeitsinstrument des Qualitätsmanagement regelmäßig zu nutzen</b>		
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlling und Fachberatung</li> <li>• Reflexion und individuelle Bewertung der Pflegeleistung</li> <li>• Aufzeigen der Pflegesituation und individuelle Bewertung</li> <li>• Fachliche Beratung</li> <li>• Bewohnerzufriedenheit erfahren</li> </ul>			
<b>Qualifikation:</b>	Verantwortliche Pflegekraft			
<b>Durchführung:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besuch, persönliches Gespräch</li> <li>• gegebenenfalls Angehörige einbeziehen</li> <li>• einbeziehen der verantwortlichen Wohnbereichsleiterin bzw. Vertretung</li> <li>• Visitation des Bewohners</li> <li>• Vordruck / Pflegevisite benutzen</li> </ul>			
<b>Zeitdauer:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ausreichend Zeit einplanen</li> <li>• individuelles Zeitmaß einordnen</li> </ul>			
<b>Überprüfungs- zeitraum:</b>	1 – 2 mal pro Jahr alle Bewohner <b>bei akuter Situation: sofort</b> , Wiederholungsvisite einplanen Bewohner mit hohem Pflegeaufwand: 1 mal im Quartal			
<b>Auswertung:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situationsbesprechung mit Wohnbereichsleiterin bzw. Vertretung, falls erforderlich: Maßnahmenfestlegung</li> <li>• Reflexion im Pflegeplan</li> <li>• ggf. Bewohner Situation / Maßnahmen erklären</li> <li>• evt. Angehörige einbeziehen</li> </ul>			

Freigabe	Bearbeiter	Datum	Standard	Seite
..... Leiter/in der Wohnanlage Pflegedienstleiter/in	PDL Q- Arbeitsgruppe	21.11.2000	A8	1 von 2

DRK- Wohnanlage Klütz	Handbuch Pflege
<b>Pflegevisite Nr. A8</b>	<b>Pflegerisches Management</b>
	<b>Pflegevisiten sind als Arbeitsinstrument des Qualitätsmanagement regelmäßig zu nutzen</b>
<b>Dokumentation:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachweisführung über durchgeführte Pflegevisite</li> <li>• Vordruck verbleibt in der Bewohnerdokumentation / Mappe</li> <li>• Maßnahme im PC dokumentieren</li> </ul>
<b>Ergebnis:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfahrung der aktuellen Pflegesituation</li> <li>• Wahrnehmung der Pflegeverantwortung</li> <li>• Qualitätssicherung</li> </ul>

<b>Freigabe</b>	<b>Bearbeiter</b>	<b>Datum</b>	<b>Standard</b>	<b>Seite</b>
..... Leiter/in der Wohnanlage Pflegedienstleiter/in	PDL Q- Arbeitsgruppe	21.11.00	A8	2 von 2

**Pflegevisite – als interne Maßnahme der Qualitätssicherung**

*Teil A – Bewohnervisite (physischer und psychischer Zustand)*

Routinevisite       Visite nach Problemstellung – Grund: \_\_\_\_\_

Bewohner/in Herr / Frau \_\_\_\_\_ Pflegestufe \_\_\_\_\_

Wohnbereich: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ durchgeführt von: \_\_\_\_\_

	Bemerkungen
äußeres Erscheinungsbild	..... ..... .....
Hautzustand (Dekubitus-, Exsikkosegefahr)	..... ..... .....
Ernährungszustand	..... ..... .....
Lagerungssituation/Mobilität	..... ..... .....
Kommunikation/psychische Situation	..... ..... .....
persönliche Probleme des Bewohners	..... ..... .....
aktivierende, bewohnerorientierte Pflege	..... ..... .....
Werden Bewohnerwünsche berücksichtigt (z.B. Bekleidung, Esseneinnahme wann/wo?, Duschen oder Baden?)	..... ..... .....
Wartezeit auf Pflegekraft bei Klingelruf	..... ..... .....

Anhang 10: Alter Teil A – Bewohnervisite (physischer und psychischer Zustand)

Maßnahmen: Zu..... ..... ..... ..... Zu..... ..... ..... ..... Zu..... ..... ..... ..... Zu..... ..... ..... ..... Zu..... ..... ..... .....	
Kenntnisnahme:	..... Bezugsperson (PFK) des Bewohners
Termin der Erledigung:	..... Datum                      Hz    PDL
Kontrolle der Maßnahmen:	..... Datum / WBL                      Datum / PDL
Nächste Pflegevisite <input type="checkbox"/>	1.   2.   3.   4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quartal .....
Überprüfung Dekubitus <input type="checkbox"/>	Datum. ....

Ablage: Bewohnerakte  
 Stand: 5/06

## Pflegevisite – als interne Maßnahme der Qualitätssicherung

### Teil B – Pflegedokumentation/Pflegeplanung/Pflegeberichte

Routinevisite       Visite nach Problemstellung – Grund: .....

Bewohner/in Herr / Frau .....Pflegestufe .....

Wohnbereich: ..... Datum: ..... durchgeführt von: .....

<b>Pflegedokumentation</b>	Ja	Nein	Bemerkungen
Ist das Stammbblatt vollständig ausgefüllt?			.....
Ist die Anamnese vollständig ausgefüllt?			.....
Ist eine Biografie angelegt?			.....
Wird „übergaberelevant“ in TOM bei Berichten angekreuzt, d.h. auch als gelesen abgehakt?			.....
Wird ein Sturzrisiko mittels Skala geführt?			.....
Wird ein Lagerungsprotokoll geführt?			.....
Wird ein Trinkprotokoll eingesetzt?			.....
<b>Inkontinenzversorgung?</b>	.....	.....	
Wird die Inkontinenzversorgung dokumentiert?			.....
<b>Dekubitalgeschwüre?</b>	.....	.....	
Werden Dekubitalgeschwüre erfasst?			.....
<b>Wunddokumentationen?</b>	.....	.....	
Werden Wunddokumentationen vorgenommen?			.....

<b>Pflegeplanung</b>	Ja	Nein	Bemerkungen
Sind die Ziele realistisch gesetzt?			.....
Sind die Ziele als Nah- u. Fernziele formuliert?			.....
Werden Ressourcen berücksichtigt und dokumentiert?			.....
Sind Bewohner, Angehörige und Betreuer mit einbezogen?			.....
Sind die Maßnahmen individuell angepasst und dadurch realisierbar?			.....
Werden benötigte Hilfsmittel in den Maßnahmen benannt?			.....
Werden Pflegestandards in die Planung mit einbezogen?			.....
Stimmen die Probleme mit der aktuellen Pflegesituation überein?			.....
Werden beendete Maßnahmen auch abgesetzt?			.....

Anhang 11: Alter Teil B – Pflegedokumentation/Pflegeplanung/Pflegeberichte

<b>Pflegebericht</b>	Ja	Nein	Bemerkungen
Wurde der Pflegeberichte in der jeweiligen Pflegestufe geschrieben?			.....
Werden die Wirkungen von Maßnahmen dokumentiert?			.....
Werden Reaktionen und Empfinden des Bewohners auf die Maßnahme dokumentiert?			.....
Lässt sich der aktuelle Zustand des Bewohners anhand der Eintragungen ablesen?			.....
Werden die Eintragungen kontinuierlich vorgenommen?			.....
Werden neu auftretende Probleme dokumentiert?			.....
<b>Akutes Ereignis?</b>			
Wird ein akutes Ereignis festgehalten ?	.....	.....	.....
<b>Krankenhauseinweisung?</b>			
Wird eine Krankenhauseinweisung dokumentiert?	.....	.....	.....

Maßnahmen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kenntnisnahme:	.....	
	Bezugsperson (PFK) des Bewohners	
Termin der Erledigung:	.....	
	Datum	Hz PDL
Kontrolle der Maßnahmen:	.....	
	Datum / WBL	Datum / PDL
Nächste Pflegevisite <input type="checkbox"/>	1. 2. 3. 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quartal .....	

Ablage: Bewohnerakte  
Stand: 5/08



## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Neubrandenburg, 18.05.2010